LAURENT ZABEE

Les CLASSIFICATIONS à L'INTERNAT



REMERCIEMENTS

☞ À monsieur Ludovic Valentin, pour ses précieux conseils et son aide à la réalisation de cet ouvrage.
☞ À mes parents pour leur soutien et leurs encouragements.
☞ À mes frères, pour leur soutien.
☞ À mademoiselle Anne-Gaëlle Paganus, pour son soutien et sa compréhension.

À tous, merci.

TABLE DES MATIÈRES

CARDIOLOGIE

1. Insuffisance cardiaque

1.1. Classification de KILLIP : évaluation de la gravité

☞ Classe I : absence de crépitants et de B3.

☞ Classe II : crépitants remontant jusqu'à mi-champs pulmonaires ou B3.

☞ Classe III : crépitants remontant au-delà des mi-champs pulmonaires avec OAP.

☞ Classe IV : choc cardiogénique.

1.2. Hémodynamique droite par sonde à ballonnet de Swan Ganz : stade de gravité croissante

☞ Stade 1 : absence d'I.V.G.

✓ pression capillaire pulmonaire (Pcap) < 18 mmHg

✓ index cardiaque (IC) > 2,2 $l/min/m^2$

☞ Stade 2 : OAP sans hypoperfusion périphérique

✓ Pcap > 18 mmHg

✓ IC > 2,2 $l/min/m^2$

☞ Stade 3 : hypoperfusion périphérique sans OAP

✓ Pcap < 18 mmHg

✓ IC < 2,2 $l/min/m^2$

☞ Stade 4 : choc cardiogénique

✓ Pcap > 18 mmHg

✓ IC < 2,2 $l/min/m^2$

1.3. Classification de la NYHA de l'insuffisance cardiaque gauche

☞ Stade I : cardiopathie n'entraînant aucune limitation de l'activité physique.

☞ Stade II : diminution modérée de l'activité physique; les signes fonctionnels n'apparaissent que pour les efforts les plus intenses de l'activité ordinaire.

☞ Stade III : diminution importante de l'activité physique; les signes fonctionnels surviennent pour les efforts minimes de l'activité ordinaire.

☞ Stade IV : impossibilité d'avoir une activité physique sans gêne; les signes fonctionnels sont présents au repos et s'accentuent au moindre effort.

2. Dyspnée : classification de la NYHA

☞ Stade I : patient asymptomatique.
☞ Stade II : patient essoufflé ou fatigué pour des efforts inhabituels.
☞ Stade III : essoufflement ou fatigue pour les efforts de la vie courante.
☞ Stade IV : dyspnée permanente de repos et s'aggravant au moindre effort.

3. Péricardites aiguës : stades évolutifs à l'électrocardiogramme

☞ Stade I : courant de lésion sous-épicardique : sus-décalage de ST concave en haut (dans les premières heures).
☞ Stade II : retour de ST à la ligne isoélectrique avec ondes T aplaties (24-48 heures).
☞ Stade III : négativation de l'onde T (plusieurs semaines)
☞ Stade IV : normalisation de l'ECG (plusieurs semaines à plusieurs mois).

N.B. Ces images sont diffuses dans toutes les dérivations sans ondes Q de nécrose, ni image en miroir.

4. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs d'origine athéromateuse

4.1. Classification de LERICHE et FONTAINE

☞ Stade I : patient asymptomatique.
☞ Stade II : claudication intermittente
✓ II faible : périmètre de marche > 500 m
✓ II moyen : PM de 100 à 500 m
✓ II fort : PM de 50 à 100 m
☞ Stade III : douleur de décubitus.
☞ Stade IV : troubles trophiques distaux.

4.2. Nouvelle classification : classification clinique prenant en compte la pression artérielle systolique distale

Stade	Clinique	Critères objectifs
0	Asymptomatique	Épreuve de marche sur tapis roulant complète et normale Pas de retentissement hémodynamique
1	Claudication légère	Tapis roulant : 5 min à 3,2 km/h et 10% de pente Pression à la cheville > 50 mmHg
2	Claudication modérée	Entre les catégories 1 et 3
3	Claudication sévère	Épreuve de marche sur tapis roulant incomplète Pression à la cheville < 50 mmHg
4	Douleurs de repos	Pression à la cheville < 40 mmHg Pression à l'orteil < 30 mmHg
5	Perte tissulaire minime Retard de cicatrisation d'un ulcère Gangrène localisée avec ischémie diffuse du pied	Pression à la cheville < 60 mmHg Amortissement, voire tracé plat à la cheville ou au métatarse Pression à l'orteil < 40 mmHg
6	Perte tissulaire majeure s'étendant au-delà du métatarse Gangrène étendue Sauvetage du pied impossible	Idem catégorie 5

5. Classification O.M.S. de l'hypertension artérielle

- Normotension : PAS < 140 et PAD < 90 mmHg.
- HTA labile :
  - ✓ PAD inconstamment élevée aux différents contrôles
  - ✓ pas de retentissement fonctionnel
- HTA limite : PAS comprise entre 140 et 160 mmHg et/ou PAD comprise entre 90 et 95 mmHg.
- HTA légère : PAS comprise entre 140 et 180 mmHg et/ou PAD comprise entre 90 et 105 mmHg.
- HTA moyenne et sévère : PAS > 180 mmHg et/ou PAD > 105 mmHg.

- ☞ HTA systolique isolée : PAS > 160 mmHg et PAD < 90 mmHg.
- ☞ HTA systolique isolée limite : PAS comprise entre 140 et 160 mmHg et PAD < 90 mmHg.
- ☞ HTA maligne : URGENCES MÉDICALES
  - ✓ PAD supérieure à 130 mmHg
  - ✓ FO : stade 3 ou 4
  - ✓ signes fonctionnels majeurs :
    - amaigrissement
    - céphalées
    - troubles digestifs
    - soif
  - ✓ risque majeur d'accident aigu :
    - OAP
    - IDM
    - AVC
    - encéphalopathie hypertensive
  - ✓ insuffisance rénale rapidement évolutive (présence d'anémie avec schizocytes)

6. Angine de poitrine : classification de la Canadian Cardiovascular Society (CCS) selon la gravité

- ☞ Classe 1 : l'activité physique ordinaire ne provoque pas d'angor; l'angor apparaît pour des efforts importants ou rapides et prolongés.
- ☞ Classe 2 : légère limitation de l'activité ordinaire; l'angor apparaît en marchant (plus de 100 m) ou en montant des escaliers (plus d'un étage) rapidement ou après le repas ou au froid ou contre le vent.
- ☞ Classe 3 : limitation importante de l'activité physique ordinaire; l'angor apparaît en marchant 50 m à plat ou en montant un étage dans des conditions et à une vitesse normale.
- ☞ Classe 4 : impossibilité de faire le moindre effort physique sans douleur; l'angor peut survenir au repos.

7. Classifications des rétrécissements

7.1. Rétrécissement aortique :

- Surface aortique normale : 3 à 4 cm^2.
- Sténose modérée : S.Ao de 1,2 à 2 cm^2.
- Sténose moyennement serrée : S.Ao de 0,7 à 1,2 cm^2.
- Sténose serrée : S.Ao < 0,7 cm^2.

7.2. Rétrécissement mitral :

- Rétrécissement mitral peu serré : surface > 2 cm^2.
- R.M. modéré : S. comprise entre 1,5 et 2 cm^2.
- R.M. moyen : S comprise entre 1,2 et 1,5 cm^2.
- R.M. serré : < 1,2 cm^2.

8. Extra-systoles ventriculaires : classification de Lown et Wolff

Le holter permet de préciser le pronostic des ESV.

- Degré 0 : aucune ESV.
- Degré 1 : moins de 2 ESV/min ou moins de 30 ESV/heure.
- Degré 2 : plus de 2 ESV/min ou plus de 30 ESV/heure.
- Degré 3 : ESV polymorphes ou multifocales.
- Degré 4A : doublets.
- Degré 4B : 3 ESV ou plus enchaînées.
- Degré 5 : phénomène de R/T.

9. Dissection aortique

9.1. Classification de DE BAKEY

- Type I : dissection étendue de l'aorte ascendante à l'aorte distale.
- Type II : dissection limitée à l'aorte ascendante.
- Type III : dissection de l'aorte en aval de l'origine de l'artère sous-clavière gauche :
  - ✓ IIIA : si la dissection s'arrête au dessus du diaphragme
  - ✓ IIIB : si la dissection s'arrête en dessous du diaphragme

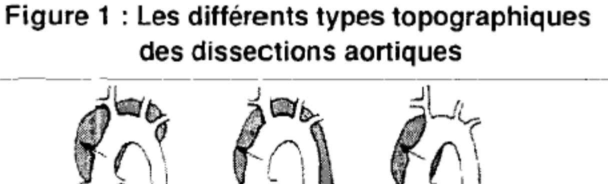
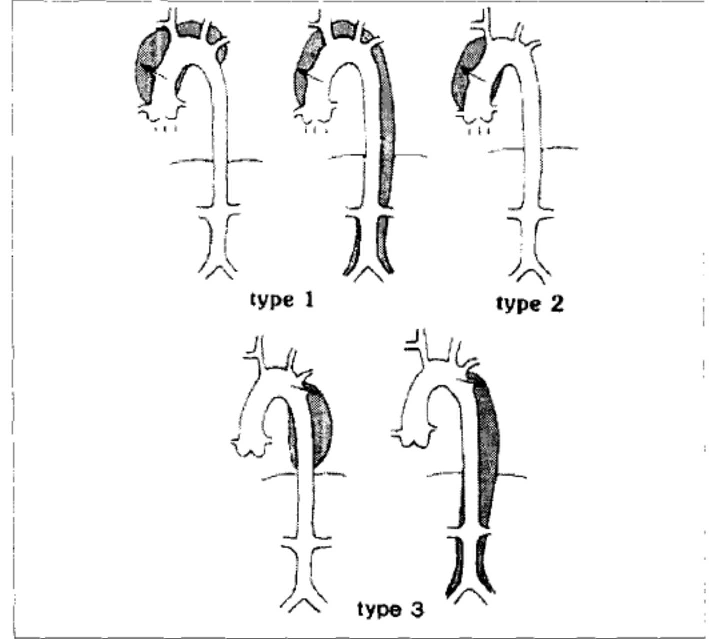


Figure 1 : Les différents types topographiques des dissections aortiques



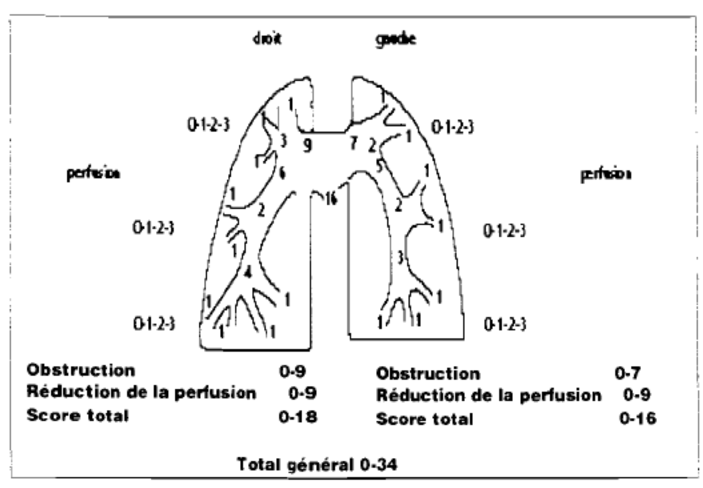
9.2. Classification de DAILY

- Type A : regroupe les types I et II de De BAKEY.
- Type B : c'est le type III de De BAKEY.

10. Classification de l'embolie pulmonaire en fonction de la gravité selon l'indice de Miller

- E.P. peu importante : index de MILLER inférieur ou égal à 40%.
- E.P. sévère : index de MILLER entre 41 et 59%.
- E.P. massive : index de MILLER supérieur ou égal à 60%.

Figure 2 : Index de Miller



L'index de Miller permet d'apprécier l'importance de l'embolie pulmonaire.

il se calcule en affectant :

1. Un coefficient de perfusion pulmonaire périphérique à chacun des 6 territoires pulmonaires suivant la cotation suivante :

– vascularisation normale = 0
– hypovascularisation modérée = 1
– hypovascularisation sévère = 2
– absence totale de vascularisation = 3

2. Un coefficient d'obstruction artérielle pulmonaire d'autant plus élevé que le thrombus siège dans une artère de calibre important :

– tronc de l'artère pulmonaire =	*16*	*– lobe moyen =*	*2*
– artère pulmonaire droite =	*9*	*– lingula =*	*2*
– artère pulmonaire gauche =	*7*	*– lobe inférieur droit =*	*4*
– lobe supérieur droit =	*3*	*– lobe inférieur gauche*	*3*
– culmen =	*2*	*– segmentaire =*	*1*

Le coefficient maximum d'obstruction est :

– à droite = 9 = 3 + 6 = 3 + 2 + 4 = 1 x 9
– à gauche = 7 = 2 + 5 = = 2 + 2 + 3 = 1 x 7

L'index de Miller permet de calculer un pourcentage d'obstruction pulmonaire :

$$\text{Index de Miller (\%)} = \frac{\text{coefficient de perfusion + coefficient d'obstruction}}{34}$$

Embolie pulmonaire	Index de Miller ≤ 40%
Embolie pulmonaire sévère	Index de Miller entre 40 et 59%
Embolie pulmonaire massive	Index de Miller ≥ 60%

NOTES PERSONNELLES

DERMATOLOGIE

1. Classification des dermocorticoïdes

- ☞ Classe I : activité anti-inflammatoire très forte.
- ☞ Classe II : activité anti-inflammatoire forte.
- ☞ Classe III : activité anti-inflammatoire assez forte.
- ☞ Classe IV : activité anti-inflammatoire modérée.

2. Mélanomes malins

2.1. Classification selon le niveau d'invasion : classification de CLARK

- ☞ Niveau I : mélanome in situ, intra-épidermique.
- ☞ Niveau II : invasion discontinue du derme papillaire.
- ☞ Niveau III : invasion de la totalité du derme papillaire.
- ☞ Niveau IV : extension au derme réticulaire.
- ☞ Niveau V : extension à l'hypoderme.

2.2. Classification selon l'épaisseur : indice de BRESLOW

- ☞ Inférieure à 0,75 mm.
- ☞ De 0,76 à 1,49 mm.
- ☞ De 1,5 à 2,49 mm.
- ☞ De 2,5 à 3,99 mm.
- ☞ Supérieure à 4 mm.

2.3. Classification du Malignant melanoma clinical cooperative group

- ☞ Stade I : tumeur primitive localisée.
- ☞ Stade II : récidive locale ou atteinte ganglionnaire régionale.
- ☞ Stade III : métastases à distance (au-delà du 1er relais ganglionnaire).

2.4. Classification anatomoclinique

- ☞ Mélanome malin sans phase de croissance radiale :
  - ✓ MM nodulaire.

☞ Mélanome malin avec phase de croissance radiale :
- ✓ MM à composante horizontale superficielle (SSM)
- ✓ MM à type de lentigo (LMM)
- ✓ MM acral lentigineux
- ✓ MM lentigineux des muqueuses

2.5. Classification TNM de l'UICC (1978)

☞ Stade IA : tumeur envahissant le derme papillaire mais pas le derme réticulaire et inférieure à 1,5 mm d'épaisseur.

☞ Stade IB : tumeur envahissant le derme réticulaire ou le tissu sous-cutané ou supérieure à 1,5 mm d'épaisseur.

☞ Stade II : atteinte ganglionnaire locale.

☞ Stade III : atteinte ganglionnaire à distance.

☞ Stade IV : métastases viscérales.

2.6. Classification du MD ANDERSON

☞ Stade I : tumeur primitive.

☞ Stade II : récidive locale ou à moins de 3 cm de la tumeur primitive.

☞ Stade III : métastases régionales :
- ✓ IIIA : cutanées
- ✓ IIIB : ganglionnaires
- ✓ IIIC : cutanées et ganglionnaires

☞ Stade IV : métastases à distance
- ✓ IVA : cutanées
- ✓ IVB : viscérales

3. Escarres

3.1. Classification de SHEA (1975)

☞ Stade I : lésions limitées à l'épiderme.

☞ Stade II : atteinte de la totalité du derme jusqu'au tissu graisseux.

☞ Stade III : tissu graisseux oblitéré jusqu'au fascia sous-jacent.

☞ Stade IV : os à la base de l'ulcération.

☞ Stade V : à côté d'une grande cavité, petit trajet fistuleux.

3.2. Classification d'YARKONY (1990)

- Stade I : zone érythémateuse, (stade IA: compris entre 30 min et 24 h).
- Stade II : épiderme et/ou derme ulcérés, hypoderme indemne.
- Stade III : atteinte hyperdermique, respect des muscles.
- Stade IV : atteinte des muscles et fascias, respect des articulations.
- Stade V : atteinte osseuse, respect des articulations.
- Stade VI : atteinte articulaire.

3.3. Classification de TORRANCE

- Stade 1 : hyperhémie qui blanchit (on appuie avec l'index sur la "rougeur" qui blanchit parce que la micro-circulation est intacte).
- Stade 2 : hyperhémie qui ne blanchit pas.
- Stade 3 : ulcération de l'épiderme et du derme.
- Stade 4 : extension au tissu sous-cutané, mais respectant le fascia des muscles.
- Stade 5 : nécrose infectieuse se propageant au-delà du fascia, pouvant envahir les muscles, les articulations et les os.

3.4. Classification de SURREY

- Stade 1 : peau presque intacte mais rouge, noire ou présence d'une phlyctène ou escarre cicatrisée recouverte d'une cicatrice.
- Stade 2 : ulcération superficielle (phlyctène ouverte, dermabrasion).
- Stade 3 : destruction de la peau sans cavité.
- Stade 4 : destruction de la peau avec cavité.

3.5. Classification de STIRLING

- Stade 1 : érythème persistant après 30 secondes de levée de la pression; épiderme intact; lésion réversible si l'on intervient à ce stade.
- Stade 2 : perte de substance superficielle impliquant l'épiderme, le derme; base de l'escarre douloureuse.

- Stade 3 : perte de substance cutanée plus importante intéressant toute la peau jusqu'au fascia des muscles mais le respectant; base de l'escarre indolore.
- Stade 4 : destruction profonde au-delà du fascia, atteignant les articulations et/ou les os; base de l'escarre habituellement indolore.

4. Classification des eczémas

- Eczéma constitutionnel (synonyme : dermatite atopique).
- Eczémas de contact et eczémas paraptiques.
- Eczémas d'autres causes ou de mécanismes inclassés (Ex. : E. carentiel, nummulaire...).

NOTES PERSONNELLES

NOTES PERSONNELLES

ENDOCRINOLOGIE-NUTRITION

1. Grossesse et diabète : classification de Priscilla White

- ☞ Classe A : anomalie de la tolérance glucidique, non insulino-traitée.
- ☞ Classe B : début du diabète à l'âge adulte (> 20 ans) ou durée de la maladie < 10 ans.
- ☞ Classe C : début du diabète entre 10 et 19 ans ou durée de la maladie 10 à 19 ans.
- ☞ Classe D : début du diabète avant l'âge de 10 ans ou durée de la maladie > 20 ans ou présence de lésions vasculaires (rétinopathie).
- ☞ Classe F : présence de lésions rénales.
- ☞ Classe R : rétinopathie proliférante ou hémorragie du vitré.
- ☞ Classe H : insuffisance coronarienne.

2. Classification de l'obésité

- ☞ Degré I : Surcharge Pondérale > 20% ou Body Masse Index > 27.
- ☞ Degré II : 30% < SP < 50% ou 30 < BMI < 40 (obésité morbide).
- ☞ Degré III : SP > 50% ou BMI > 40 (obésité sévère ou super-obésité).

N.B. :

– Formule de calcul du BMI (ou indice de Quételet) :

. (poids en kilogrammes; taille en mètres)

. BMI = Poids / Taille 2

– Formule de Lorentz :

. (poids en kilogrammes; taille en centimètres)

. Poids idéal = Taille - 100 - [(Taille - 150) / N]

*. Pourcentage de Surcharge = (Poids réel - Poids idéal) / Poids idéal * 100*

3. Classification O.M.S. clinique des goitres selon leur volume

☞ Stade 0 : sujet non goitreux, dont la thyroïde n'est pas palpable, ou dont le volume de chacun des lobes est inférieur au volume de la dernière phalange du pouce du sujet examiné.

☞ Stade 1 : sujet goitreux, dont la thyroïde n'est pas visible en position normale de la tête.

☞ Stade 2 : goitre visible en position normale de la tête, mais dont le volume est inférieur à celui d'une orange ou d'une balle de tennis.

☞ Stade 3 : goitre volumineux.

Quelques variantes ont été proposées pour préciser des stades intermédiaires :

☞ 0A : thyroïde non palpable.

☞ 0B : thyroïde palpable mais non goitreuse.

☞ 1A : thyroïde visible le cou en hyperextension.

☞ 1B : thyroïde visible en position normale de la tête.

☞ 4 : stade de volume monstrueux.

4. Classification histologique des tumeurs du corps thyroïde selon l'O.M.S.

☞ Tumeurs épithéliales :

✓ bénignes :
- adénomes vésiculaires
- autres

✓ malignes :
- carcinome vésiculaire
- carcinome papillaire
- carcinome spinocellulaire
- carcinome indifférencié anaplasique :
  . à cellules fusiformes
  . à cellules géantes
  . à petites cellules
- carcinome médullaire

☞ Tumeurs non épithéliales :
  ✓ bénignes
  ✓ malignes :
    – fibrosarcomes
    – autres
☞ Tumeurs diverses.
☞ Tumeurs secondaires.
☞ Tumeurs non classées.
☞ Lésions pseudo-tumorales.

5. Classifications des hyper-lipoprotéinémies selon Frederickson

☞ Type I : hyperchylomicronémie.
☞ Type IIA : augmentation isolée des bêtalipoprotéines (LDL) : hypercholestérolémie pure.
☞ Type IIB : augmentation des bêtalipoprotéines et des prébêtalipoprotéines (LDL et VLDL) : hyperlipidémie mixte.
☞ Type III : augmentation des broad bêtalipoprotéines (IDL) : dysbêtalipoprotéinémie familiale.
☞ Type IV : augmentation isolée des prébêtalipoprotéines : hyperVLDLémie.
☞ Type V : augmentation des chylomicrons et des prébêtalipoprotéines : hyperchylomicronémie + hyperVLDLémie

6. Dénutrition : classification de Waterlow

Elle est basée sur les indicateurs poids/taille et taille/âge exprimé en pourcentage.

Degré de sévérité de la MPE	Poids/Taille en %	Taille/âge en %
Normale	90 à 120	95 à 110
Léger	80 à 89	90 à 94
Modéré	70 à 79	85 à 89
Sévère	< 70	< 85

NB : MPE = malnutrition protéino-énergétique.

NOTES PERSONNELLES

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

1. Classification échographique du placenta praevia

☞ Stade I : latéral.
☞ Stade II : marginal.
☞ Stade III : partiel.
☞ Stade IV : central.

2. Prolapsus génitaux : classifications des lésions anatomiques en 3 stades

☞ Stade I : le col est intravaginal.
☞ Stade II : le col effleure l'orifice vulvaire.
☞ Stade III : le col est extériorisé.

3. Cancer du col de l'utérus :

3.1. Classification de la FIGO

☞ Stade 0 : cancer intra-épithélial (in situ).

☞ Stade I : cancer limité au col

✓ Ia : cancer micro-invasif (ou invasif préclinique) : (diagnostic histologique)

1) Ia1 : invasion microscopique minimale
2) Ia2 : invasion inférieure ou égale à 5 mm en profondeur et inférieure ou égale à 7 mm en superficie

✓ Ib : cancer invasif clinique (tumeur plus étendue que Ia2)

✓ Ib occ (occulte) : cancer invasif infra-clinique (diagnostiqué lors d'une intervention chirurgicale)

☞ Stade II : cancer dépassant l'utérus mais non étendu à la paroi pelvienne ou au tiers inférieur du vagin

✓ IIa : pas d'infiltration des paramètres

✓ IIb : infiltration des paramètres dans leur portion proximale

- ☞ Stade III : cancer étendu à la paroi pelvienne ou au tiers inférieur du vagin et/ou entraînant un retentissement sur le haut appareil urinaire
  - ✓ IIIa : extension au tiers inférieur du vagin sans atteinte de la paroi pelvienne
  - ✓ IIIb : extension à la paroi pelvienne et/ou retentissement sur la voie excrétrice urinaire (rein muet à l'UIV)
- ☞ Stade IV : cancer étendu au-delà du pelvis ou envahissant la vessie ou le rectum
  - ✓ IVa : cancer étendu à la vessie ou au rectum
  - ✓ IVb : cancer étendu aux organes éloignés

3.2. Correspondance entre la classification de la FIGO et la classification TNM de l'UICC

- ☞ Stade 0 : Tis
- ☞ Stade I : T1
  - ✓ Ia : T1a
    - Ia1 : T1a1
    - Ia2 : T1a2
  - ✓ Ib : T1b
- ☞ Stade II : T2 :
  - ✓ IIa : T2a
  - ✓ IIb : T2b
- ☞ Stade III : T3
  - ✓ IIIa : T3a
  - ✓ IIIb : T3b
- ☞ Stade IVb : M1.

3.3. Classification des dysplasies du col de l'utérus

- ☞ CIN 1 : dysplasie légère.
- ☞ CIN 2 : dysplasie modérée.
- ☞ CIN 3 : dysplasie sévère.

3.4. Microcolposcopie : classification de J. HAMOU

☞ Grade 0 G0 : aspect normal.
☞ Grade 1 G1 : aspect dystrophique sans anomalie nucléaire sévère.
☞ Grade 2 G2 : aspect dystrophique avec anomalies nucléaires sévères.

N.B. : Cette classification permet d'établir une carte lésionnelle endocervicale et d'effectuer des biopsies dirigées; elle ne donne pas de renseignement sur la couche profonde.

4. Cancer de l'endomètre

4.1. Classification de la FIGO

☞ Stade IA : cancer limité au corps utérin.
☞ Stade IB : invasion de moins de la moitié du myomètre.
☞ Stade IC : invasion de plus de la moitié du myomètre.
☞ Stade IIA : extension endocervicale uniquement glandulaire.
☞ Stade IIB : invasion du stroma cervical.
☞ Stade IIIA : invasion tumorale du chorion et/ou des annexes, et/ou cytologie péritonéale positive.
☞ Stade IIIB : métastases vaginales.
☞ Stade IIIC : atteinte des ganglions pelviens ou para-aortiques.
☞ Stade IVA : invasion de la muqueuse vésicale et/ou intestinale.
☞ Stade IVB : métastases à distance, incluant l'extension aux ganglions intra-abdominaux et/ou inguinaux.

4.2. Classification histologique

☞ Grade 1 G1 : cancer orthoplasique; 5% ou moins de la tumeur solide sont constitués d'éléments non épidermoïdes ou non morulaires.
☞ Grade 2 G2 : cancer moyennement différencié; 6 à 50% de la tumeur solide sont constitués d'éléments non épidermoïdes ou non morulaires.

☞ Grade 3 G3 : cancer indifférencié; plus de 50% de la tumeur solide sont constitués d'éléments non épidermoïdes ou non morulaires.

5. Tumeurs du revêtement épithélial de l'ovaire

5.1. Classification de la FIGO

☞ Stade I : cancer limité aux ovaires

- ✓ Ia : tumeur unilatérale sans ascite, ni végétation de surface, ni de rupture capsulaire
- ✓ Ib : tumeur bilatérale sans ascite, ni végétation de surface, ni de rupture capsulaire
- ✓ Ic : tumeur uni- ou bilatérale avec ascite et/ou végétations de surface, et/ou rupture capsulaire

☞ Stade II : tumeur uni- ou bilatérale avec extension pelvienne

- ✓ IIa : extension à l'utérus et aux trompes
- ✓ IIb : extension aux autres structures pelviennes
- ✓ IIc : ascite et/ou cellules tumorales dans le liquide de lavage péritonéal

☞ Stade III : tumeur ovarienne uni- ou bilatérale s'accompagnant de métastases péritonéales en dehors du pelvis et/ou de métastases ganglionnaires rétro-péritonéales

- ✓ IIIA : extension péritonéale microscopique sans métastase ganglionnaire
- ✓ IIIB : nodules péritonéaux inférieurs à 2 cm sans métastase ganglionnaire
- ✓ IIIC : nodules péritonéaux supérieurs à 2 cm et/ou métastases ganglionnaires

☞ Stade IV : tumeur ovarienne uni- ou bilatérale s'accompagnant de métastases à distance.

5.2. Classification histopathologique des tumeurs ovariennes

☞ 1 : tumeurs épithéliales communes :
- ✓ A : tumeurs séreuses
- ✓ B : tumeurs mucineuses
- ✓ C : tumeurs endométrioïdes
- ✓ D : tumeurs à cellules claires
- ✓ E : tumeur de Brenner
- ✓ F : carcinomes indifférenciés

☞ 2 : tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels.

☞ 3 : tumeurs à cellules stéroïdiennes.

☞ 4 : tumeurs germinales.

☞ 5 : gonadoblastome.

☞ 6 : tumeurs des tissus mous non spécifiques.

☞ 7 : tumeurs secondaires (métastases).

6. Tumeurs du sein

6.1. Classification TNM

☞ T : tumeur primitive
- ✓ T0 : pas de tumeur clinique
- ✓ T1 : tumeur inférieure à 2 cm de diamètre
- ✓ T2 : tumeur de 2 à 5 cm de diamètre
  - T2a : sans fixation au fascia ou muscle pectoral
  - T2b : avec fixation au fascia ou muscle pectoral
- ✓ T3 : tumeur de plus de 5 cm mais moins de 10 cm
  - T3a : sans fixation au fascia ou muscle pectoral
  - T3b : avec fixation au fascia ou muscle pectoral
- ✓ T4 : tumeur de toute taille avec :
  - T4a : extension à la paroi thoracique
  - T4b : extension à la peau
  - T4c : T4a + T4b
- ✓ Tx : éléments insuffisants pour classer la tumeur

☞ N : atteinte ganglionnaire
- ✓ N0 : pas de ganglion palpable
- ✓ N1 : ganglions axillaires homolatéraux mobiles

- N1a : considérés comme non envahis
- N1b : considérés comme envahis

✓ N2 : ganglions axillaires homolatéraux fixés

✓ N3 : ganglions sus ou rétro-claviculaires homolatéraux considérés comme envahis ou œdème du bras

✓ Nx : éléments insuffisants pour le classement

☞ M : métastases

✓ M0 : pas de métastase

✓ M1 : présence de métastases à distance

✓ Mx : éléments insuffisants pour le classement

6.2. Classification selon la poussée évolutive clinique

☞ PEV 1 : doublement de volume dans les six mois précédant le diagnostic.

☞ PEV 2 : signe d'inflammation en regard de la tumeur : œdème ou sensibilité de la tumeur.

☞ PEV 3 : inflammation diffuse au sein : mastite aiguë carcinomateuse.

☞ PEV 0 : toutes les autres formes.

6.3. Classification des tumeurs malignes du sein

☞ Carcinome non infiltrant :

✓ carcinome intracanalaire

✓ carcinome lobulaire in situ

✓ carcinome papillaire intracanalaire

☞ Carcinome infiltrant :

✓ carcinome canalaire infiltrant

✓ carcinome lobulaire infiltrant

✓ carcinome médullaire

✓ carcinome mucineux

✓ maladie de Paget

✓ carcinome tubuleux

✓ carcinome adénoïde kystique

✓ carcinome papillaire invasif

6.4. Classification des microcalcifications (d'après LEGAL)

- Type 1 : annulaires.
- Type 2 : punctiformes régulière.
- Type 3 : poussiéreuse.
- Type 4 : punctiformes irrégulières : cristalline.
- Type 5 : vermiculaire.

7. Grossesse et hypertension artérielle : classification de l'ACOG

- Type I :
  - ✓ toxémie gravidique pure
  - ✓ survenue d'une HTA au cours du 3ème trimestre de la grossesse chez une primipare jeune sans antécédent vasculaire ou rénal
- Type II :
  - ✓ HTA chronique
  - ✓ survenue d'une grossesse chez une patiente porteuse d'une pathologie vasculaire ou rénale préexistante connue
- Type III : c'est le type II avec survenue au 3ème trimestre d'accidents identiques à ceux du type I.
- Type IV : HTA isolée survenant à chaque grossesse alors qu'il n'y a pas d'anomalie entre les grossesses.

8. Classification des frottis selon PAPANICOLAOU

- Frottis P1 : cellules épithéliales normales.
- Frottis P2 : cellules épithéliales normales et cellules inflammatoires.
- Frottis P3 : cellules épithéliales dysplasiques.
- Frottis P4 : cellules épithéliales probablement néoplasiques.
- Frottis P5 : cellules épithéliales néoplasiques.

9. Score d'INSLER : appréciation de la qualité de l'ovulation

Score	1	2	3
Orifice externe	entre-ouvert	perméable	ouvert
Abondance de la glaire	minime (+)	++	+++
Filance	1-4 cm	5-8 cm	> 8 cm
Cristallisation	débutante, linéaire	partielle, linéaire et latérale	complète

Ce score permet d'apprécier la qualité de l'ovulation. Pour obtenir le score total, on additionne les scores partiels pour chacune des caractéristiques observées.

- Score nul : entre 0 et 3.
- Score insuffisant : entre 4 et 7.
- Score bon : entre 8 et 10.
- Score excellent : 11 et 12.

NOTES PERSONNELLES

HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

1. Cirrhose alcoolique : classification pronostique de CHILD-PUGH

	1 point	2 points	3 points
Encéphalopathie	absente	confusion	coma
Ascite	absente	modérée	abondante
Bilirubine	< 35 µmol/l	35 à 50	> 50
Albumine	> 35 g/l	28 à 35	< 28
TP	> 50%	40 à 50%	< 40%

Le score est établi en additionnant les points.

- Classe A : 5 ou 6.
- Classe B : 7 à 9.
- Classe C : 10 à 15.

2. Classification clinique de l'encéphalopathie hépatique

- Stade I : troubles minimes de la conscience et astérixis.
- Stade II : syndrome confusionnel.
- Stade III : coma plus ou moins profond sans signe de localisation.

3. Cancer de l'œsophage

3.1. Classification TNM

- T : tumeur primitive
  - ✓ Tis : carcinome in situ
  - ✓ T0 : aucune tumeur n'est retrouvée sur la pièce opératoire
  - ✓ T1 : envahissement limité à la sous-muqueuse
  - ✓ T2 : envahissement jusqu'à la musculeuse sans la dépasser
  - ✓ T3 : envahissement de l'adventice
  - ✓ T4 : envahissement des structures adjacentes
  - ✓ Tx : non précisé

- N : ganglions lymphatiques régionaux
  - ✓ N0 : pas d'invasion des ganglions régionaux
  - ✓ N1 : invasion des ganglions régionaux médiastinaux et périgastriques à l'exclusion des ganglions cœliaques
- M : métastase à distance
  - ✓ M0 : pas de métastase
  - ✓ M1 : métastases comprenant les adénopathies cœliaques
- Tx Nx Mx : informations insuffisantes.

3.2. Classification en stade

- Stade I : T1 N0 M0.
- Stade IIA : T2 ou T3 N0 M0.
- Stade IIB : T1 ou T2 N1 M0.
- Stade III : T3 N1 M0 ou tous T tous N M0.
- Stade IV : tous T tous N M1.

Figure 1 : Classification échoendoscopique fondée sur la classification TNM de l'UICC

T1 T2 T3 T4
muqueuse ① ②
sous-muqueuse ③
musculeuse ④
adventice ⑤

Cette classification permet d'optimiser les indications thérapeutiques :
T1 : 3ème couche hyperéchogène non rompue;
T2 : 3ème couche hyperéchogène rompue et 5ème respectée;
T3 : 5ème couche hyperéchogène rompue;
T4 : pas d'interface avec un organe de voisinage.
L'extension peut être surestimée (fibrose péritumorale, coupe oblique) ou sous-estimée (envahissement microscopique).
La musculaire-muqueuse n'étant pas visible, on ne peut différencier les tumeurs muqueuses ou sous-muqueuses. Cependant, lorsque la lésion n'est pas vue (< 1 mm), on peut pratiquement affirmer qu'elle est limitée à la muqueuse.
(D'après Amouyal G, Amouyal P., « Échoendoscopie digestive pratique. ». Éditions médicales MSD, Paris, 1992).

4. Cancer de l'estomac

4.1. Classification TNM

☞ T : tumeur primitive
- ✓ Tis : carcinome in situ, intrapariétal
- ✓ T0 : pas de tumeur sur la pièce opératoire
- ✓ T1 : envahissement limité au chorion et à la sous-muqueuse
- ✓ T2 : envahissement limité à la musculeuse
- ✓ T3 : envahissement de la séreuse ou du méso
- ✓ T4 : envahissement des organes adjacents

- N : ganglions lymphatiques régionaux
  - ✓ N0 : pas d'invasion des ganglions
  - ✓ N1 : invasion des ganglions régionaux périgastriques situés à moins de 3 cm du bord de la tumeur
  - ✓ N2 : envahissement des ganglions périgastriques situés à plus de 3 cm du bord de la tumeur le long des artères voisines
- M : métastase à distance
  - ✓ M0 : pas de métastase
  - ✓ M1 : métastases à distance

4.2. Classification en stade

- Stade 0 : Tis N0 M0.
- Stade IA : T1 N0 M0.
- Stade IB : T1 N1 M0 ou T2 N0 M0.
- Stade II : T1 N2 M0 ou T2 N1 M0 ou T3 N0 M0.
- Stade IIIA : T2 N2 M0 ou T3 N1 M0 ou T4 N0 M0.
- Stade IIIB : T3 N2 M0 ou T4 N1 M0.
- Stade IV : T4 N2 M0 ou tous T tous N M1.

5. Cancers colorectaux

5.1. Classification de DUKES (valable pour les cancers colique et rectal)

- Stade A : envahissement jusqu'à la musculeuse.
- Stade B : envahissement de la séreuse ou au-delà (méso).
- Stade C : tumeur avec extension ganglionnaire.
- Stade D : tumeur avec métastases.

Figure 2 : Classification de Dukes des cancers coliques (pronostic et implication thérapeutique)

Dukes	A	B	C
Muqueuse Sous-muqueuse Musculeuse Séreuse Ganglion			
Survie à 5 ans	95%	70%	45%
Chimiothérapie post-opératoire	Non	?	Oui, 5-FU-acide folinique ou 5-FU-lévamisole

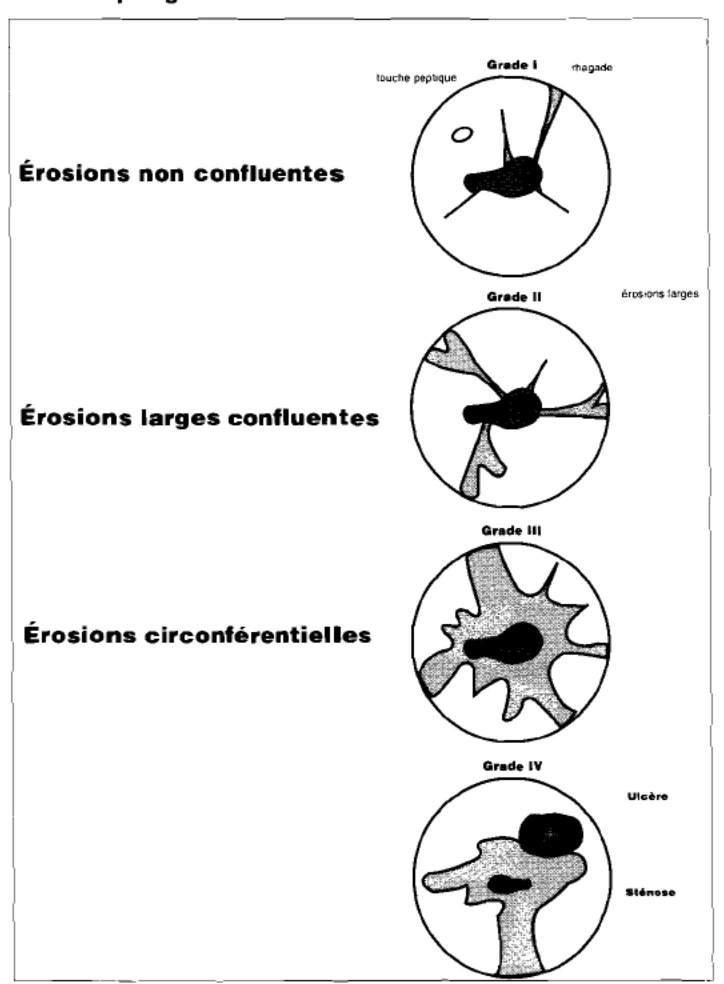
5.2. Classification d'ASTLER-COLLER

- ☞ Stade A : limité à la sous-muqueuse ou à la muqueuse.
- ☞ Stade B1 : étendu dans la musculeuse.
- ☞ Stade B2 : envahissement de la séreuse ou au-delà (méso) sans métastase ganglionnaire.
- ☞ Stade C1 : envahissement de la musculeuse et métastase ganglionnaire.
- ☞ Stade C2 : envahissement de la séreuse ou au-delà et métastase ganglionnaire.
- ☞ Stade D : métastases viscérales.

6. Reflux gastro-œsophagien : classification de SAVARY et MILLER

- ☞ Grade 1 : érosions et ulcérations indépendantes les unes des autres.
- ☞ Grade 2 : érosions ou ulcérations confluantes.
- ☞ Grade 3 : érosions ou ulcérations circonférentielles.
- ☞ Grade 4 : sténose et/ou ulcère.

Figure 3 : Classification endoscopique des œsophagites érosives selon SAVARY et MILLER



7. Classification endoscopique des brûlures caustiques du tractus digestif

- Stade 0 : absence de lésion.
- Stade I : pétéchies, érythème.
- Stade II : ulcérations :
  ✓ stade IIA : linéaires ou rondes
  ✓ stade IIB : circulaires
- Stade III : nécrose :
  ✓ stade IIIA : localisée
  ✓ stade IIIB : étendue

8. Pancréatite aiguë

8.1. Critères de RANSON

- A l'admission :
  ✓ âge supérieur à 55 ans
  ✓ polynucléaires supérieurs à 16000/mm^3
  ✓ glycémie supérieure à 2 g/l (sauf diabète) ou 11 mmol/l
  ✓ LDH supérieur à 350 UI/l (1,5 * N)
  ✓ SGOT supérieure à 250 UI/l (6 * N)
- Pendant les 48 premières heures :
  ✓ chute de l'hématocrite supérieure à 10%
  ✓ élévation de l'urée sanguine > 1,8 mmol/l
  ✓ calcémie inférieure à 80 mg/l (2 mmol/l)
  ✓ PO_2 artérielle inférieure à 50 mmHg
  ✓ chute des bicarbonates supérieure à 4 mEq/l
  ✓ séquestration liquidienne supérieure à 6000 ml
- Pancréatite aiguë modérée : moins de 3 critères.
- Pancréatite aiguë sévère : 3 critères ou plus.

8.2. Stades scanographiques de BALTHAZAR et RANSON (sans injection)

- Stade A : pancréas normal.
- Stade B : augmentation isolée de volume du pancréas à contours flous.

- Stade C : opacité limitée de la graisse péri-pancréatique.
- Stade D : collection intra- ou extra-pancréatique.
- Stade E : 2 collections ou plus, et/ou présence de gaz dans une collection.

9. Cancer du pancréas : classification d'HERMRECK et coll.

- Stade I : lésion localisée au pancréas.
- Stade II : extension au-delà du pancréas limitée à un organe voisin.
- Stade III : métastase(s) ganglionnaire(s) régionale(s).
- Stade IV : métastases viscérales (hépatiques, péritonéales...).

10. Classification des traumatismes fermés de l'abdomen

10.1. Traumatisme de la rate : classification des lésions spléniques

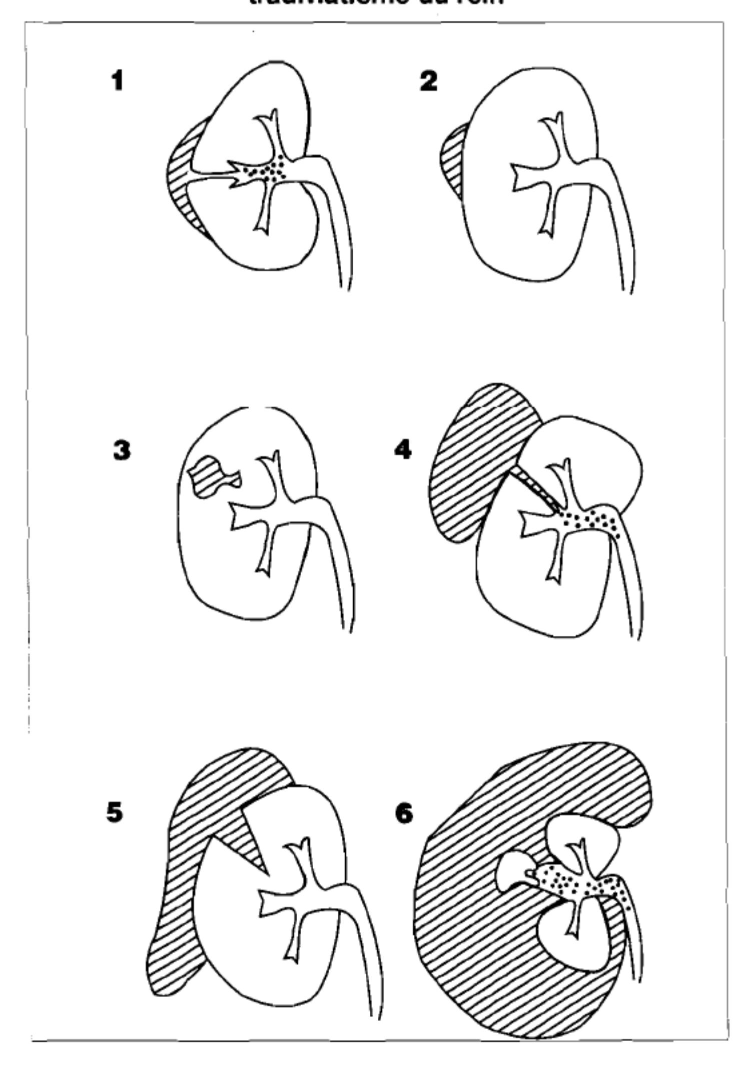
- Type I : hématome sous-capsulaire.
- Type II : déchirure capsulaire.
- Type III :
  - ✓ a : effraction parenchymateuse inférieure à 1 cm
  - ✓ b : effraction parenchymateuse profonde (> 1 cm)
- Type IV : rupture pédiculaire ou lésion hilaire.
- Type V : fragmentation.

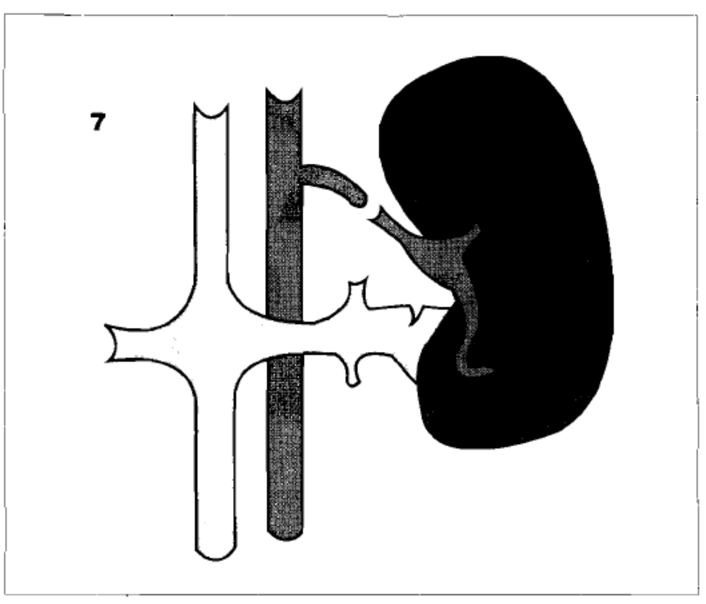
10.2. Traumatismes hépatiques : classification des lésions hépatiques

- Type I : fissure profonde de moins de 1 cm.
- Type II : fracture profonde de plus de 3 cm; hématome sous-capsulaire.
- Type III : contusions graves, fractures étoilées, éclatement; profondeur de plus de 3 cm.
- Type IV : hématome centro-hépatique.
- Type V : lésion des veines sus-hépatiques ou du pédicule hépatique.

10.3. Traumatisme du rein

Figure 4 : Traumatismes fermés de l'abdomen : traumatisme du rein





1. Stade Ia : la capsule est respectée, le parenchyme est fissuré et la voie excrétrice est ouverte.
2. Stade Ib : la capsule est respectée, le parenchyme est fissuré, mais la voie excrétrice est intacte.
3. Stade Ic : confusion rénale simple sans fissuration parenchymateuse
4. Stade IIa la capsule rénale est rompue, la fissure parenchymateuse est associée à une ouverture des voies excrétrices.
5. Stade IIb : l'effraction capsulaire et la fissure parenchymateuse ne sont pas associées à une ouverture des voies excrétrices.
6. Stade III : la capsule est rompue, il existe un déchirement parenchymateux avec un éclat plus ou moins important des fragments et les voies excrétrices sont ouvertes. Il est marqué essentiellement par une déformation de la silhouette rénale globale.
7. Stade IV : lésions du pédicule rénal (rupture artérielle complète avec rupture veineuse).

10.4. Traumatisme du pancréas : classification des lésions pancréatiques

- ☞ Stade I : contusion simple.
- ☞ Stade II : déchirure incomplète.
- ☞ Stade III : déchirure complète.
- ☞ Stade IV : broiement.

11. Hémorragie digestive

11.1. Classification selon le volume

- ☞ Minime : 500 ml de sang ou moins.
- ☞ Moyenne : de 500 à 1500 ml.
- ☞ Grave : > 1500 ml.

11.2. Classification endoscopique de FORREST

- ☞ Type I : saignement actif.
  - ✓ IA : en jet
  - ✓ IB : en nappe
- ☞ Type IIA : vaisseau visible.
- ☞ Type IIB : caillot adhérent.
- ☞ Type IIC : taches pigmentées.
- ☞ Type III : cratère propre.

NOTES PERSONNELLES

HÉMATOLOGIE

1. Myélomes : classification de SALMON et DURIE

1.1. Stades

Critères / stades	I	II	III
Critères	Tous		Un ou plus
1. hémoglobine	> 10 g/dl		< 8,5 g/dl
2. Calcémie	< 3 mmol/l	Ni ceux de 1	> 3 mmol/l
3. Os	normal ou plasmocytome osseux	Ni ceux de 2	> 3 lésions lytiques
4. Composant monoclonal . IgG sérique . IgA sérique . Protéinurie	 . < 50 g/l . < 30 g/l . < 4 g/24 h		 . > 70 g/l . > 50 g/l . > 12 g/24 h

1.2. Sous-classification selon la fonction rénale

- ☞ Stade A : créatininémie < 175 µmol/l.
- ☞ Stade B : créatininémie > 175 µmol/l.

2. Leucémie lymphoïde chronique : classification de BINET

- ☞ Stade A :
  - ✓ Hb > 10 g/dl
  - ✓ plaquettes > 100 000 / mm^3
  - ✓ deux territoires ganglionnaires atteints au plus parmi les suivants :
    - foie
    - rate
    - adénopathies cervicales
    - adénopathies axillaires
    - adénopathies inguinales

☞ Stade B :
✓ Hb > 10 g/dl
✓ plaquettes > 100 000 / mm^3
✓ 3 territoires atteints ou plus

☞ Stade C :
✓ Hb < 10 g/dl
✓ plaquettes < 100 000 /mm^3
✓ quelque soit le nombre de territoires atteints

3. Maladie de Hodgkin

3.1. Classification de LUKES-RYE en 4 types histologiques

☞ Type I : prédominance lymphocytaire.
☞ Type II : sclérose nodulaire.
☞ Type III : cellularité mixte.
☞ Type IV : déplétion lymphoïde.

3.2. Classification anatomoclinique internationale de ANN ARBOR

☞ Stade I : atteinte d'un seul territoire ganglionnaire ou de 2 territoires contigus.
☞ Stade II : atteinte de 2 ou plusieurs territoires ganglionnaires non contigus du même côté du diaphragme.
☞ Stade III : atteinte ganglionnaire sus- et sous-diaphragmatique.
☞ Stade IV : atteinte viscérale lymphatique autre que par contiguïté (moelle osseuse, foie, os, poumon, plèvre...).

Quelques précisions :

☞ En cas d'atteinte viscérale par contiguïté on rajoute E.
☞ La rate est considérée comme un territoire ganglionnaire. En cas d'atteinte splénique, on rajoute la lettre S.
☞ Si le bilan a comporté une laparotomie-splénectomie, la classification est pathologique. Dans le cas contraire, elle est clinique.

Classification selon l'évolutivité :

☞ Évolutivité clinique : A ou B
  ✓ 3 signes :
   - fièvre > 38°C pendant plus de 8 jours (fièvre inexpliquée)
   - sueurs nocturnes
   - amaigrissement > 10% du poids en 6 mois
  ✓ Classification :
   - A : aucun de ces signes
   - B : un ou plusieurs de ces signes

☞ Évolutivité biologique : a ou b
  ✓ 6 signes :
   - hyperleucocytose avec polynucléose
   - VS > 40 mm à la 1ère heure
   - fibrinogène > 5 g/l
   - anémie inflammatoire
   - alpha 2 globuline > 8 g/l
   - gammaglobuline > 18 g/l
  ✓ classification :
   - a : moins de 2 signes
   - b : 2 signes ou plus

4. Leucémie aiguë myéloblastique : classifi-cation FAB

☞ M1 : myéloblastique peu différenciée.
☞ M2 : myéloblastique avec différenciation myéloïde.
☞ M3 : promyélocytaire.
☞ M4 : myélomonocytaire.
☞ M5 : monoblastique plus (b) ou moins (a) bien différenciée.
☞ M6 : érythroleucose.
☞ M7 : leucémie à mégacaryoblastes.

NOTES PERSONNELLES

IMMUNOLOGIE

1. Critères de classification du LUPUS (Ara, 1982)

- Éruption malaire.
- Lupus discoïde.
- Photosensibilité.
- Ulcérations buccales ou nasopharyngées.
- Polyarthrite non érosive.
- Pleurésie ou péricardite.
- Atteinte rénale : protéinurie > 0,50 g/24 h ou cylindres urinaires.
- Atteinte neurologique : convulsions ou psychose.
- Atteinte hématologique : anémie hémolytique ou leucopénie (< 4000/µl) ou lymphopénie (1500/µl) ou thrombopénie (100 000/µl).
- Anomalie immunologique caractéristique : cellules LE ou anticorps anti-DNA, ou anticorps anti-Sm, ou sérologie syphilitique faussement positive.
- Présence d'un taux élevé de facteurs antinucléaires.

2. Critères de classification de la périartérite noueuse

- Altération de l'état général.
- Fièvre
- Multinévrite.
- Asthme grave d'apparition récente.
- Cardiomyopathie primitive.
- Purpura infiltré et/ou nodules sous-cutanés.
- Polyarthrite.
- Myalgies.
- Artériopathie distale.
- Orchite non infectieuse.
- Néphropathie vasculaire et/ou glomérulaire.
- Crises douloureuses abdominales.
- Hypertension artérielle.

- Accident neurologique central.
- Syndrome inflammatoire.

3. Classifications de GELL et COOMBS : les quatre types d'hypersensibilité

Type	Dénomination	Exemples cliniques
I	Hypersensibilité immédiate (allergie à médiation humorale)	Choc anaphylactique Urticaire Asthme Pollinose
II	Allergie cytotoxique	Agranulocytose Purpura thrombopénique Anémie hémolytique
III	Allergie semi-retardée	Maladie sérique Maladie locale à précipitines Maladies chroniques à immuns-complexes circulants
IV	Allergie retardée (allergie à médiation cellulaire)	Dermite de contact Allergie à la tuberculine, à la mélitine…

NOTES PERSONNELLES

MALADIES INFECTIEUSES

1. Classification pronostiques du tétanos

1.1. Classification de MOLLARET

☞ Groupe I : formes frustes, limitées au trismus
- ✓ invasion lente (4 à 5 jours)
- ✓ trismus, faciès sardonique
- ✓ pas de troubles respiratoires
- ✓ pas de dysphagie, pas de paroxysmes

☞ Groupe II : formes d'installation rapide avec contracture généralisée
- ✓ invasion rapide (2-3 jours)
- ✓ trismus, raideur rachidienne, contracture abdominale
- ✓ troubles respiratoires
- ✓ dysphagie
- ✓ paroxysmes toniques généralisés provoqués ou spontanés

☞ Groupe III : formes gravissimes avec paroxysmes spontanés
- ✓ invasion inférieure à 24 heures
- ✓ contracture généralisée
- ✓ troubles respiratoires avec blocage thoracique
- ✓ dysphagie intense
- ✓ paroxysmes tonico-cloniques spontanés

1.2. Classification de la conférence internationale de DAKAR (1975)

Facteurs pronostiques	1 point	0 point
Durée d'incubation	< 7 jours	> 7 jours
Durée d'invasion	< 2 jours	> 2 jours
Porte d'entrée	– ombilic – brûlures – utérus – injection intramusculaire – intervention chirurgicale – fractures ouvertes	autres ou inconnues
Paroxysmes	présents	absents
Température	> 38°4 C	< 38°4C
Pouls : – adulte – enfant	 – > 120/min – > 150/min	 – < 120/min – < 150/min

Le pronostic est d'autant plus réservé que le score est plus élevé (7 classes de 0 à 6).

1.3. Tableau pronostique du tétanos

Sévérité	Groupe de Mollaret	Dakar	Mortalité
Formes frustres	I	0-1	< 10%
Formes moyennes	II	2-3	10-20%
Formes graves	III	4 (sévères)	20-40%
		5-6 (très sévères)	> 50%

2. Classification de l'infection à VIH chez l'adulte

2.1. Classification de l'O.M.S., 1990

- ☞ Stade clinique 1 :
  - ✓ patient asymptomatique
  - ✓ adénopathies persistantes généralisées
  - ✓ et/ou degré d'activité 1 : activité normale
- ☞ Stade clinique 2 :
  - ✓ amaigrissement de plus de 10% du poids corporel de base

✓ zona (au cours de 5 années précédentes)
✓ manifestations cutanéo-muqueuses mineures :
- dermite séborrhéique
- prurigo
- onyxis mycotique
- ulcérations buccales récidivantes
- chéilite angulaire
✓ infections récidivantes des voies aériennes supérieures
✓ et/ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

☞ Stade clinique 3 :
✓ amaigrissement de plus de 10% du poids corporel de base
✓ diarrhée inexpliquée de plus d'un mois
✓ fièvre prolongée depuis plus d'un mois
✓ candidose orale
✓ leucoplasie chevelue
✓ tuberculose pulmonaire dans l'année précédente
✓ infection bactérienne sévère
✓ et/ou degré d'activité 3 : patient alité moins de 50% du temps au cours du mois précédent

☞ Stade clinique 4 :
✓ syndrome de cachexie du VIH
✓ pneumocystose pulmonaire
✓ toxoplasmose cérébrale
✓ cryptosporidiose avec diarrhée de plus d'un mois
✓ cryptococcose extra-pulmonaire
✓ cytomégalovirose autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire
✓ virose herpétique cutanéo-muqueuse depuis plus d'un mois, ou viscérale
✓ leucoencéphalopathie multifocale progressive
✓ mycose endémique généralisée (histoplasmose, coccidioïdomycose)

- ✓ candidose œsophagienne, trachéale, bronchique, ou pulmonaire
- ✓ mycobactériose atypique disséminée
- ✓ septicémie à salmonelle mineure
- ✓ tuberculose extra-pulmonaire
- ✓ lymphome malin
- ✓ sarcome de Kaposi
- ✓ encéphalite du VIH
- ✓ et/ou degré d'activité 4 : patient alité plus de 50% du temps au cours du mois précèdent

2.2. Classification O.M.S. en stades cliniques et biologiques (O.M.S., 1990)

Lymphocytes totaux	Lymphocytes CD4	Stade clinique 1	Stade clinique 2	Stade clinique 3	Stade clinique 4
> 2000	> 500	1A	2A	3A	4A
1000-2000	500-200	1B	2B	3B	4B
< 1000	< 200	1C	2C	3C	4C

2.3. Révision de la classification des CDC, USA, 1993

Cette classification est applicable chez une personne de plus de 13 ans diagnostiquée infectée par le VIH de façon répétée (supérieure ou égale à 2 fois) par une technique biologique (ELISA + Western Blot; isolement viral; détection d'antigène; détection génomique par PCR).

La classification comprend 3 groupes cliniques.

☞ **Groupe A :**

- ✓ primo-infection
- ✓ séropositivité asymptomatique
- ✓ syndrome de lymphadénopathie chronique généralisée

☞ **Groupe B :** manifestations mineures ou intermédiaires, attribuables à l'infection par le VIH ou nécessitant une prise en charge particulière du fait de l'infection par le VIH, comprenant de façon non limitative :
- ✓ angiomatose bacillaire
- ✓ infection bactérienne (endocardite, méningite, pneumonie, septicémie)
- ✓ candidose vulvo-vaginale depuis plus d'un mois
- ✓ candidose oro-pharyngée depuis plus d'un mois
- ✓ dysplasie sévère ou carcinome in situ du col utérin
- ✓ troubles constitutionnels (> 1 mois), fièvre (> 38,5°C), ou diarrhée
- ✓ leucoplasie chevelue
- ✓ zona (plus de deux épisodes ou plus d'un dermatome)
- ✓ purpura thrombocytopénique idiopathique
- ✓ listériose
- ✓ « pelvic inflammatory disease », en particulier en cas d'abcès tubaire et/ou ovarien
- ✓ neuropathie périphérique

☞ **Groupe C :** 26 affections indicatives du SIDA
- ✓ 23 définies dans la définition des CDC révisée en 1987
- ✓ tuberculose pulmonaire
- ✓ pneumonie récurrente (dans les 12 derniers mois)
- ✓ cancer invasif du col utérin

Les groupes A, B et C sont sous-divisés en fonction du nombre absolu de lymphocytes CD4 circulants, ce qui conduit à 9 catégories :

☞ A1, B1, C1 : > 500 lymphocytes (> 29%) CD4/mm^3.

☞ A2, B2, C2 : 200-499 lymphocytes (14-28%) CD4/mm^3.

☞ A3, B3, C3 : < 200 lymphocytes (< 14%) CD4/mm^3.

Un cas de SIDA correspond aux sous-groupes C1, C2, C3, A3 et B3.

Lorsqu'une affection indicative de la catégorie C a eu lieu, le malade reste classé dans cette catégorie.

2.4. Classification des CDC 1986

☞ **Groupe I : primo-infection.**

☞ **Groupe II : infection asymptomatique**

✓ sous-groupe IIA : bilan biologique normal

✓ sous-groupe IIB : bilan biologique anormal

☞ **Groupe III : lymphadénopathie généralisée persistante**

✓ sous-groupe IIIA : bilan biologique normal

✓ sous-groupe IIIB : bilan biologique anormal

☞ **Groupe IV : infection asymptomatique avec ou sans syndrome de lymphadénopathie chronique**

✓ sous-groupe IVA : symptômes constitutionnels :
- amaigrissement > 10% du poids corporel
- diarrhée > 1 mois
- fièvre > 1 mois

✓ sous-groupe IVB : maladies neurologiques
- sous-groupe IVB1 : atteinte neurologique centrale :
  . encéphalopathie du VIH
  . myélopathie
- sous-groupe IVB2 : neuropathie périphérique

✓ sous-groupe IVC : infections secondaires
- sous-groupe IVC1 : infections opportunistes majeures
  . pneumonie à pneumocystis carinii
  . cryptosporidiose chronique
  . toxoplasmose
  . strongyloïdose extra-intestinale
  . isosporidiose

. candidose (œsophagienne, bronchique, pulmonaire)
. cryptococcose
. histoplasmose
. infection à Mycobacterium avium complex ou à Mycobacterium kansasii
. infection à cytomégalovirus
. infection muco-cutanée ou disséminée à herpès simplex
. leucoencéphalopathie multifocale progressive

– sous-groupe IVC2 :
. leucoplasie chevelue
. zona multi-métamérique
. bactériémie récidivante à Salmonella
. nocardiose
. tuberculose
. candidose orale

✓ sous-groupe IVD : cancers secondaires
– sarcomes de KAPOSI
– lymphomes non hodgkiniens
– lymphome cérébral primitif

✓ sous-groupe IVE : autres pathologies, dont :
– purpura thrombopénique idiopathique
– pneumopathie lymphoïde interstitielle

☞ **Signification pronostique :**
– primo-infection : groupe I
– portage asymptomatique ou paucisymptomatique : groupe II et III
– pré-SIDA : sous-groupes IVA, IVB2, IVC2 et IVE
– SIDA : sous-groupes IVA, IVB1, IVC1 et IVD

NOTES PERSONNELLES

NÉPHROLOGIE

1. Classification de l'insuffisance rénale chronique (EN FONCTION DE LA CLAIRANCE DE LA CRÉATININE)

Le calcul de la clairance de la créatinine demeure la référence en néphrologie et permet en effet d'évaluer le degré d'insuffisance rénale :

Degré d'insuffisance rénale	Clairance de la créatinine
I.R. débutante	60-80 ml/min
I.R. modérée	40-60 ml/min
I.R. sévère	20-40 ml/min
I.R. évoluée	10-20 ml/min
I.R. terminale	< 10 ml/min

N.B. : La clairance de la créatinine s'obtient par la formule suivante :

– *Pour l'homme :*

$$\frac{[140 - \text{âge (en années)}] \times \text{poids (en kg)} \times 1,23}{\text{créatininémie (en } \mu\text{mol/l)}}$$

– *Pour la femme :*

$$\frac{[140 - \text{âge (en années)}] \times \text{poids} \times 1,04}{\text{créatininémie (en } \mu\text{mol/l)}}$$

2. Classification des glomérulonéphrites rapidement progressives

☞ Idiopathiques : glomérulonéphrites à croissants
- ✓ type I : à dépôts linéaires d'immunoglobulines (syndrome de Goodpasture)
- ✓ type II : à dépôts granuleux d'immunoglobulines

- ✓ Type III : sans dépôts (pauci-immune) :
  - avec anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles
  - sans anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles

☞ Surajoutées à une néphropathie glomérulaire primitive :
- ✓ glomérulonéphrite membranoproliférative
- ✓ glomérulonéphrite extra-membraneuse
- ✓ maladie de Berger

☞ Secondaires à des maladies de système :
- ✓ LED
- ✓ purpura rhumatoïde
- ✓ vascularites nécrosantes
- ✓ maladie de Goodpasture
- ✓ cryoglobulinémie mixte

☞ Secondaires à des maladies infectieuses :
- ✓ glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique
- ✓ endocardite infectieuse
- ✓ cryoglobulinémie associée au virus de l'hépatite B

3. Classification des atteintes glomérulaires au cours du lupus

☞ Classe I : rein optiquement normal, sans dépôt en immunofluorescence.

☞ Classe II : glomérulonéphrite mésangiale pure.

☞ Classe III : glomérulonéphrite segmentaire et focale proliférative

☞ Classe IV : glomérulonéphrite diffuse proliférative.

☞ Classe V : glomérulonéphrite extra-membraneuse.

☞ Classe VI : glomérulonéphrite avec sclérose avancée.

NOTES PERSONNELLES

NEUROLOGIE

1. Classification du coma

1.1. Classification en stade

☞ Stade I : réponses plus ou moins compréhensibles aux stimulations auditives fortes ou nociceptives légères.

☞ Stade II : mouvement adapté vers une stimulation nociceptive.

☞ Stade III : absence de réaction, ou réaction non adaptée aux stimulations nociceptives.

2.2. Classification de JOUVET

Cette classification explore :

- la perceptivité
- la réactivité non spécifique
- la réactivité motrice à la douleur
- la réactivité végétative

☞ Pupilles :

✓ diamètre en millimètre

✓ réactivité :

- R : réactive
- FR : faible
- NR : rien

☞ Réactivité d'éveil :

✓ R1 : suit du regard

✓ R2 : ouvre les yeux

✓ R3 : rien

☞ Perceptivité :

✓ P1 : bien orienté

✓ P2 : répond aux ordres complexes

✓ P3 : répond aux ordres simples

✓ P4 : cligne à la menace

✓ P5 : aperceptivité

☞ Réactivité douloureuse :
- ✓ D1 : orientée et grimace
- ✓ D2 : orientée sans grimace
- ✓ D3 : non orientée
- ✓ DCT : décortication
- ✓ DCB : décérébration
- ✓ D4 : rien

1.3. Échelle de GLASGOW

☞ Ouverture des yeux :
- ✓ 4 : spontanée
- ✓ 3 : au bruit
- ✓ 2 : à la douleur
- ✓ 1 : jamais

☞ Réponse verbale :
- ✓ 5 : orientée
- ✓ 4 : confuse
- ✓ 3 : inappropriée
- ✓ 2 : incompréhensible
- ✓ 1 : rien

☞ Réponse motrice :
- ✓ 6 : obéit (ordre oral)
- ✓ 5 : orientée
- ✓ 4 : évitement
- ✓ 3 : décortication
- ✓ 2 : décérébration
- ✓ 1 : rien

2. Classification de la myasthénie

Une classification des différentes formes de myasthénie a été proposée. Elle contribue à apprécier le pronostic et le traitement.

☞ Groupe I : myasthénie oculaire isolée.

☞ Groupe II :
- gr IIA : myasthénie généralisée peu intense avec signes oculaires

- gr IIB : myasthénie généralisée de gravité moyenne, avec atteinte modérée des muscles bulbaires ainsi qu'une atteinte oculomotrice

☞ Groupe III : myasthénie aiguë, sévère, avec complications dues à la gravité de l'atteinte des muscles bulbaires et respiratoires, nécessitant une trachéotomie.

☞ Groupe IV : myasthénie grave, tardive. C'est souvent le terme évolutif, dans les 2 ans, d'une myasthénie classée dans les autres groupes.

3. Classification des hémorragies méningées selon HUNT et HESS

☞ Grade I : absence de symptôme, céphalées modérées, discrète raideur méningée.

☞ Grade II : céphalées importantes, syndrome méningé franc, absence de signes neurologiques de localisation (à l'exception d'une paralysie d'un nerf crânien).

☞ Grade III : somnolence, confusion ou déficit neurologique modéré.

☞ Grade IV : début de décérébration, hémiparalysie ou hémiplégie, désordres neurovégétatifs.

☞ Grade V : coma profond, rigidité de décérébration, état de mort apparente.

4. Classification des crises comitiales

4.1. Crises partielles

4.1.1. Crises partielles simples (conscience normale)

☞ Avec des signes moteurs :

✓ focales motrices (sans extension)
✓ focales avec marche jacksonnienne
✓ versives
✓ posturales
✓ phonatoires (vocalisation, arrêt de la parole)

☞ Avec des symptômes sensitifs ou sensoriels (hallucinations élémentaires) :
✓ somato-sensitives
✓ visuelles
✓ auditives
✓ olfactives
✓ gustatives
✓ vertigineuses

☞ Avec des signes ou symptômes végétatifs.

☞ Avec des symptômes psychiques (perturbations des fonctions supérieures) :
✓ dysphasiques
✓ dysmnésiques (p.e : déjà vu)
✓ cognitives (p.e : état de rêve)
✓ affectives (p.e : peur, colère...)
✓ illusionnelles
✓ hallucinations structurées

4.1.2. Crises partielles complexes

☞ Début partiel simple suivi par une altération de conscience :
✓ avec des signes partiels simples suivi par une altération de conscience
✓ avec des automatismes

☞ Début par une altération de la conscience :
✓ avec seulement une altération de la conscience
✓ avec des automatismes

4.1.3. Crises partielles secondairement généralisées

☞ Crises partielles simples évoluant vers une généralisation secondaire.

☞ Crises partielles complexes évoluant vers une généralisation secondaire.

☞ Crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe, puis une généralisation secondaire.

4.2. Crises généralisées

4.2.1. Crises à type d'absence

☞ **Absences typiques :**
- ✓ altération isolée de la conscience
- ✓ avec des éléments cloniques
- ✓ avec des éléments atoniques
- ✓ avec des éléments toniques
- ✓ avec des éléments autonomes
- ✓ avec des automatismes

☞ **Absences typiques pouvant avoir :**
- ✓ des modifications toniques plus prononcées qu'en 4.2.1.
- ✓ un début et/ou une fin moins brusque

4.2.2. Crises myocloniques

4.2.3. Crises cloniques

4.2.4. Crises toniques

4.2.5. Crises tonico-cloniques

4.2.6. Crises atoniques

4.3. Crises inclassables

5. Classification des céphalées (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY)

☞ 1 : migraine.

☞ 2 : céphalées dites de tension.

☞ 3 : algies vasculaires de la face (Cluster Headache) et hémicrânie paroxystique chronique.

☞ 4 : céphalées diverses non lésionnelles.

☞ 5 : céphalées associées à un traumatisme crânien.

☞ 6 : céphalées associées à des affections vasculaires.

☞ 7 : céphalées associées à une perturbation intra-crânienne non vasculaire.

☞ 8 : céphalées toxiques, iatrogènes ou de sevrage.

☞ 9 : céphalées associées à des affections non céphaliques.

- 10 : céphalées associées à des perturbations métaboliques.
- 11 : céphalées ou algies faciales associées à des perturbations du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des dents, de la bouche ou autres structures faciales ou crâniennes.
- 12 : névralgies crâniennes, douleurs mononévritiques et douleurs de désafférentiation.
- 13 : céphalées inclassables.

6. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens : classification de HOEHN et YAHR

- **Stade I :** atteinte unilatérale avec handicap fonctionnel habituellement minime ou nul.
- **Stade II :** atteinte bilatérale ou axiale, sans altération de l'équilibre.
- **Stade III :** apparition d'une altération de l'équilibre mise en évidence lorsque le malade change de direction ou lorsqu'on le pousse alors qu'il se tient debout, pieds joints et yeux fermés. A ce stade, il présente une certaine gêne fonctionnelle de ses activités, mais peut poursuivre son travail en fonction de son type d'emploi.
- **Stade IV :** développement complet de la maladie qui entraîne une incapacité sévère. Le malade peut encore se tenir debout et marcher sans aide mais avec de grandes difficultés.
- **Stade V :** sans assistance le malade ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant ou est grabataire.

7. Classification de la douleur

7.1. Classification selon le mécanisme

7.1.1. Douleurs par excès de nociception

- **Description :** activation des voies de la douleur à partir des récepteurs périphériques par une stimulation nociceptive (lésion tissulaire), le système nerveux

restant intact. Elles correspondent à un excès de stimulation des terminaisons libres ou des récepteurs. Ces douleurs répondent habituellement aux antalgiques.

☞ **Exemples :** colique néphrétique, pulpite, sciatique aiguë par compression discale, brûlures....

7.1.2. Douleurs neuropathiques ou douleurs neurogènes

☞ **Mécanismes :** hyperactivité spontanée des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive, consécutive à une lésion des voies de la sensibilité que ce soit au niveau du système nerveux périphérique ou central. Il n'y a pas de lésion tissulaire périphérique excitant les récepteurs. Elles sont donc habituellement peu sensibles aux antalgiques.

☞ **Exemples :** douleur post-zostérienne, polynévrites, membre fantôme des amputés, arrachements ou envahissement tumoral du plexus brachial, certaines douleurs de cicatrices ou postopératoires, douleurs centrales après un AVC...

7.1.3. Douleurs psychogènes

☞ Elles sont en rapport avec une problématique psychologique (suite de deuil...) ou psychopathologique (angoisse...) caractérisée qui s'exprime au travers du corps et dont le diagnostic repose avant tout sur les signes suivants : éléments du discours, personnalité pathologique entrant dans la cadre d'une névrose hystérique, d'une hypochondrie...

7.1.4. Douleurs idiopathiques ou douleurs sine materia

☞ Évoquées devant la négativité de toutes les explorations. C'est l'absence d'arguments en faveur d'une origine organique ou psychogène qui fait retenir le diagnostic.

7.2. Classification selon l'évolution dans le temps

☞ Douleurs habituellement contrôlables : cf. tableau.

☞ Douleurs habituellement rebelles : cf. tableau.

	Douleurs habituellement contrôlables	Douleurs habituellement rebelles
Exemples	douleurs post-opératoires; douleurs du cancer, douleurs aiguës...	douleurs chroniques : lombalgies, fibromyalgies, arthrose; cancer avec envahissement nerveux
Évolution sous traitement adapté	rapide	très lente
Finalité	protectrice	inutile
Mécanisme de la douleur	unique, lésionnel, souvent par excès de nociception	plurifactoriel : douleurs mixtes et composante psychosociale
Réactions psychologiques	anxiété, stress réversibles	dépression
Comportement	adapté	inadapté et entretenu par des phénomènes d'évitement
Modalités de traitement	traitement étiologique; traitement antalgique; assistance psychologique simple	poursuite des traitements adaptés prise en charge globale et pluridisciplinaire
Objectifs thérapeutiques	éviter la chronicité	traitement réadaptatif; aménagements pour gérer la douleur persistante

NOTES PERSONNELLES

OPHTALMOLOGIE

1. Classification des lésions de la rétinopathie diabétique

☞ Lésions non proliférantes :
- ✓ augmentation de la perméabilité capillaire
- ✓ occlusion capillaire et dilatation
- ✓ microanévrismes
- ✓ shunts artério-veineux
- ✓ dilatation veineuse
- ✓ hémorragies (punctiformes et en flammèches)
- ✓ exsudats cotonneux
- ✓ exsudats durs

☞ Lésions proliférantes :
- ✓ néovaisseaux
- ✓ cicatrice (rétinite proliférante)
- ✓ hémorragie du vitré
- ✓ décollement de la rétine

2. Classification de la rétinopathie hypertensive

2.1. Classification de KEITH, WAGENER et BARKER

☞ Stade I : les signes sont très modérés
- ✓ rétrécissement artériel
- ✓ le retentissement de l'HTA est minime

☞ Stade II : les signes d'artériosclérose sont plus marqués
- ✓ signe du croisement artério-veineux
- ✓ augmentation de la tortuosité des veines
- ✓ accentuation du reflet artériel
- ✓ le retentissement de l'HTA est plus marqué qu'au stade I

☞ Stade III : (HTA sévère) les modifications du calibre artériel sont généralisées
- ✓ artères rétrécies et de calibre irrégulier

- ✓ présence d'hémorragies rétiniennes et d'exsudats
- ✓ pronostic vital menacé à court terme

☞ Stade IV : (HTA maligne)
- ✓ signes du stade III
- ✓ plus œdème papillaire
- ✓ pronostic vital mauvais en l'absence d'un traitement efficace

2.2. Classification de KIRKENDALL

Elle tient compte de l'aspect angiographique.

☞ Artériosclérose rétinienne :
- ✓ stade I : signe du croisement
- ✓ stade II : signe du croisement et rétrécissements artériels segmentaires et/ou engainements artériels
- ✓ stade III : en plus des signes du stade II, présence d'occlusions artérielles et/ou veineuses et/ou macroanévrismes

☞ Rétinopathie hypertensive :
- ✓ stade I : rétrécissement artériel sévère et généralisé
- ✓ stade II : rétrécissement artériel lié à des hémorragies rétiniennes et des nodules cotonneux
- ✓ stade III : en plus des signes du stade II, présence d'œdème papillaire

NOTES PERSONNELLES



OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1. Classification des épistaxis en fonction de leur abondance

- ☞ Légère : 10 à 100 cc de sang, cédant en 10 min.
- ☞ Abondante : 250 à 400 cc en 30 min.
- ☞ Grave : 500 à 1000 cc.
- ☞ Cataclysmique : avec des signes de choc.

2. Tumeurs malignes du rhino-pharynx

2.1. Classification TNM

- ☞ T : tumeur primitive
  - ✓ T1 : tumeur limitée à une région
  - ✓ T2 : tumeur limitée à deux régions
  - ✓ T3 : tumeur étendue hors du nasopharynx sans ostéolyse, ni atteinte des nerfs crâniens : extension aux fosses nasales et/ou à l'oropharynx
  - ✓ T4 : tumeur étendue hors du nasopharynx avec ostéolyse et/ou atteinte des nerfs crâniens
- ☞ N : atteinte ganglionnaire
  - ✓ N0 : absence de ganglion palpable
  - ✓ N1 : adénopathie(s) homolatérale(s) mobile(s)
  - ✓ N2 : adénopathie(s) bilatérale(s) ou controlatérale(s) mobile(s)
  - ✓ N3 : adénopathies fixée(s) uni ou bilatérale(s)

2.2. Classification UICC du rhabdomyosarcome nasopharyngé

- ☞ Stade I : tumeur localisée.
- ☞ Stade II : extension loco-régionale sans atteinte ganglionnaire.
- ☞ Stade III : atteinte ganglionnaire métastatique.
- ☞ Stade IV : métastase(s) à distance.

3. Classification TNM des tumeurs malignes de l'oropharynx

☞ T : tumeur primitive

✓ Tis : épithélioma in situ

✓ T1 : tumeur de grand axe inférieur ou égal à 2 cm

✓ T2 : tumeur de grand axe compris entre 2 et 4 cm

✓ T3 : tumeur de grand axe supérieur ou égal à 4 cm

✓ T4 : tumeur extensive avec extension osseuse, cutanée ou musculaire

☞ N : atteinte ganglionnaire :

✓ N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques

✓ N1 : atteinte d'un seul ganglion homolatéral ne dépassant pas 3 cm dans sa plus grande dimension

✓ N2 : atteinte de ganglions régionaux ne dépassant pas 6 cm dans leur plus grande dimension :

- A : ganglion unique homolatéral de plus de 3 cm (< 6 cm)
- B : ganglions multiples homolatéraux (< 6 cm)
- C : ganglions bilatéraux ou controlatéraux

✓ N3 : atteinte d'un ganglion de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension

☞ M : métastases

✓ M0 : pas de métastase décelable

✓ M1 : métastases certaines

✓ Mx : extension métastatique non précisable

4. Classification TNM des tumeurs de l'hypopharynx

☞ T : tumeur primitive

✓ T1 : tumeur limitée à l'un des trois secteurs hypopharyngés

✓ T2 : tumeur étendue au secteur hypopharyngé adjacent ou à une région voisine, mais sans trouble de la mobilité laryngée

✓ T3 : identique à T2 mais avec trouble de la mobilité laryngée
✓ T4 : tumeur étendue au cartilage ou aux parties molles

☞ N : atteinte ganglionnaire :
✓ N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques
✓ N1 : atteinte d'un seul ganglion homolatéral ne dépassant pas 3 cm dans sa plus grande dimension
✓ N2 : atteinte de ganglions régionaux ne dépassant pas 6 cm dans leur plus grande dimension :
- A : ganglion unique homolatéral de plus de 3 cm (< 6 cm)
- B : ganglions multiples homolatéraux (< 6 cm)
- C : ganglions bilatéraux ou controlatéraux
✓ N3 : atteinte d'un ganglion de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension

☞ M : métastases
✓ M0 : pas de métastase décelable
✓ M1 : métastases certaines
✓ Mx : extension métastatique non précisable

5. Classification TNM des tumeurs malignes du larynx

☞ **T : tumeur primitive**

✓ **glotte :**
- Tis : carcinome in situ
- T1 : tumeur limitée à la corde vocale avec mobilité cordale normale et pouvant intéresser la commissure antérieure ou la commissure postérieure
  . T1A : tumeur limitée à une seule corde vocale
  . T1B : tumeur intéressant les deux cordes vocales

- T2 : tumeur s'étendant aux régions sus et/ou sous glottiques, la mobilité cordale étant normale ou diminuée
- T3 : tumeur limitée au larynx mais avec corde vocale fixée
- T4 : tumeur envahissant soit le cartilage thyroïde, soit les tissus mous en dehors des limites laryngées

✓ **étage sus-glottique :**
- T1 : tumeur limitée à une sous-localisation de l'étage sus-glottique, avec mobilité normale
- T2 : tumeur envahissant plus d'une sous-localisation de l'étage sus-glottique, avec mobilité normale
- T3 : tumeur limitée au larynx, mais avec fixation et/ou autre indice d'infiltration profonde
- T4 : tumeur envahissant le cartilage thyroïde et/ou étendue aux autres structures extra-laryngées

✓ **Étage sous-glottique :**
- T1 : tumeur limitée à la région
- T2 : tumeur limitée au larynx avec extension à une ou aux deux cordes vocales, la mobilité étant normale ou diminuée
- T3 : tumeur limitée au larynx avec fixation à une ou aux deux cordes vocales
- T4 : tumeur avec destruction du cartilage thyroïde et/ou avec extension extra-laryngée

☞ **N : atteinte ganglionnaire**

✓ N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques

✓ N1 : atteinte d'un seul ganglion homolatéral ne dépassant pas 3 cm dans sa plus grande dimension

✓ N2 : atteinte de ganglions régionaux ne dépassant pas 6 cm dans leur plus grande dimension :
- A : ganglion unique homolatéral de plus de 3 cm (< 6 cm)
- B : ganglions multiples homolatéraux (< 6 cm)
- C : ganglions bilatéraux ou controlatéraux

- ✓ N3 : atteinte d'un ganglion de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension

☞ **M : métastases**
- ✓ M0 : pas de métastase décelable
- ✓ M1 : métastases certaines
- ✓ Mx : extension métastatique non précisable

6. Classification du déficit auditif

Le Bureau International d'Audiophonologie définie 4 degrés de déficit auditif selon l'importance de la perte moyenne sur les fréquences conversationnelles (500; 1000; 2000 et 4000 Hz).

- ☞ De 21 à 40 dB de perte : déficience auditive légère.
- ☞ De 41 à 70 dB de perte : déficience auditive moyenne.
- ☞ De 71 à 90 dB de perte : déficience auditive sévère.
- ☞ Au delà de 90 dB de perte : déficience auditive profonde.

7. Classification UICC 1987 des ganglions cervicaux (N)

- ☞ N0 : absence de signe d'atteinte des ganglions régionaux.
- ☞ N1 : adénopathie homolatérale, unique, de 3 cm ou moins dans sa plus grande dimension.
- ☞ N2 : adénopathie unique, de plus de 3 cm et de moins de 6 cm, ou adénopathies multiples toutes inférieures à 6 cm :
  - ✓ N2A : adénopathie unique comprise entre 3 et 6 cm
  - ✓ N2B : adénopathies homolatérales multiples toutes inférieures à 6 cm
  - ✓ N2C : adénopathies bilatérales ou controlatérales inférieures à 6 cm
- ☞ N3 : adénopathie mesurant plus de 6 cm dans sa plus grande dimension

8. Classification des neurinomes de l'acoustique

- Stade I : neurinome intracanalaire.
- Stade II : neurinome débordant le porus, pénétrant dans l'angle pontocérébelleux sans contact avec le nerf trijumeau et le tronc cérébral.
- Stade III : neurinome touchant le tronc cérébral sans le déplacer. Pour certains, c'est l'atteinte du nerf trijumeau qui définit ce stade.
- Stade IV : ce groupe réunit les gros et volumineux neurinomes pouvant déplacer le tronc cérébral, atteindre les nerfs mixtes et parfois les nerfs oculomoteurs.

9. Otite moyenne chronique

La classification proposée permet de caractériser l'état inflammatoire de la muqueuse.

- Stade 1 : érythémateuse.
- Stade 2 : érythémateuse sécrétante.
- Stade 3 : polypoïde non sécrétante.
- Stade 4 : polypoïde sécrétante.

NOTES PERSONNELLES

ORTHOPÉDIE-TRAUMATOLOGIE

1. Classification des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte

1.1. Classification de GARDEN

GARDEN décrit 4 types de fractures du col selon le déplacement des travées osseuses sur un cliché de face.

☞ Type I : (17%) fracture incomplète
- ✓ travées de la tête verticalisées
- ✓ fracture dite engrenée en coxa valga

☞ Type II : (5%) fracture complète sans déplacement
- ✓ travées interrompues
- ✓ fracture complète

☞ Type III : (46%) fracture complète avec déplacement partiel
- ✓ fracture dite en coxa vara engrenée
- ✓ les travées de la tête sont horizontalisées
- ✓ les travées du col sont verticalisées
- ✓ il persiste un contact inter-fragmentaire antéro-inférieur

☞ Type IV : (32%) fracture complète avec déplacement total
- ✓ fracture dite en coxa vara désengrenée
- ✓ les fragments sont désolidarisés



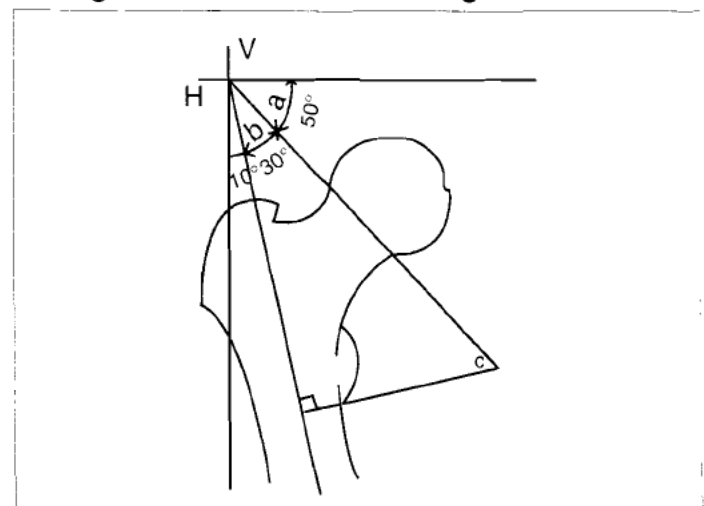
Figure 1 : Les quatre types de fracture selon Garden

1.2. Classification de PAUWELS

Cette classification repose sur l'orientation du trait transcervical par rapport à l'horizontale et distingue 3 types.

- Type I : orientation comprise entre 0 et 30°.
- Type II : orientation comprise entre 30 et 50°.
- Type III : orientation au-delà de 50°.

Figure 2 : Détermination de l'angle de Pauwels



a. angle de Pauwels; b. angle trait de fracture, axe de la diaphyse; c. angle trait de fracture, perpendiculaire à l'axe de la diaphyse. Sachant que l'axe du fémur fait, dans la règle, un angle de 10° avec la verticale, il est facile de calculer l'angle de Pauwels en fonction de l'angle b et c.

1.3. Classification des fractures du massif trochantérien

- Fracture cervico-trochantérienne ou basicervicale.
- Fracture per-trochantérienne simple ou complexe.
- Fracture inter-trochantérienne.
- Fracture sous-trochantérienne.
- Fracture trochantéro-diaphysaire.

2. Classification des fractures de la clavicule

- Fracture du tiers interne.
- Fracture du tiers moyen.
- Fracture du tiers externe.

NEER a proposé une classification des fractures du tiers externe de la clavicule en fonction de la localisation du trait par rapport aux ligaments coraco-claviculaires. On en distingue 3 types :

- Type I : trait distal par rapport aux ligaments coraco-claviculaires.
- Type II : déplacement du fragment proximal par rapport au fragment distal
  - ✓ IIA : trait en dedans des ligaments coraco-claviculaires qui sont intacts
  - ✓ IIB : le trait traverse le ligament conoïde et laisse intact le ligament trapézoïde
- Type III : le trait traverse l'articulation acromio-claviculaire.

NB : Un cas particulier : la fracture de Latarjet : il existe 2 traits, de part et d'autre de l'insertion des ligaments coracoclaviculaires.

3. Classification des fractures de l'astragale

- Fracture-séparation du col et du corps :
  - ✓ type I : fracture transversale peu ou pas déplacée
  - ✓ type II : fracture transversale avec luxation sous astragalienne du fragment postérieur
  - ✓ type III : fracture transversale avec énucléation du fragment postérieur
- Fracture-enfoncement du corps de l'astragale (plus rare).

4. Classification des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus

4.1. Classification de DUPARC et OLIVIER

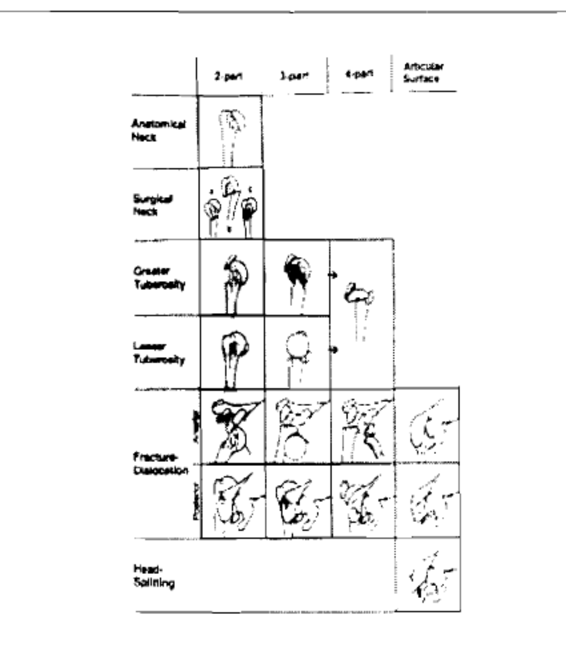
- Fractures parcellaires : ce sont des fractures extra-articulaires
  - ✓ fractures du trochiter
  - ✓ fractures du trochin
- Fractures extra-articulaires proprement dites : c'est une fracture à 2 fragments dont le trait passe par le col chirurgical
  - ✓ fractures engrenées
  - ✓ fractures non engrenées

- Fractures articulaires : elles associent un trait passant par le col anatomique à un ou plusieurs traits passant par les tubérosités.
- Fractures luxations.

4.2. Classification de NEER

- Fracture 2 parts : il existe un trait de fracture séparant 2 fragments.
- Fracture 3 parts : il existe 2 traits et trois fragments que ceux-ci soient articulaires ou non.
- Fracture 4 parts : les 4 parties sont la diaphyse humérale, la tête humérale, le trochiter et le trochin.

Figure 3 : Description de la fracture : classification de NEER



5. Classification des luxations acromio-claviculaires

- ☞ Stade I :
  - ✓ entorse acromio-claviculaire simple
  - ✓ lésion partielle sans rupture des ligaments acromio-claviculaires
  - ✓ pas d'instabilité
- ☞ Stade II :
  - ✓ subluxation acromio-claviculaire avec rupture isolée des ligaments acromio-claviculaires
  - ✓ distension des ligaments coraco-claviculaires
  - ✓ petit bâillement de l'articulation avec discrète mobilité de haut en bas en touche de piano
  - ✓ pas de mobilité antéro-postérieure anormale
- ☞ Stade III :
  - ✓ luxation acromio-claviculaire avec perte de contact totale et permanente des surfaces articulaires par rupture complète des ligaments acromio-claviculaires et coraco-claviculaires
  - ✓ déformation visible avec saillie de l'extrémité externe de la clavicule
  - ✓ mobilité antéro-postérieure anormale
- ☞ Stade IV :
  - ✓ luxation acromio-claviculaire avec perforation de la chape delto-trapézienne

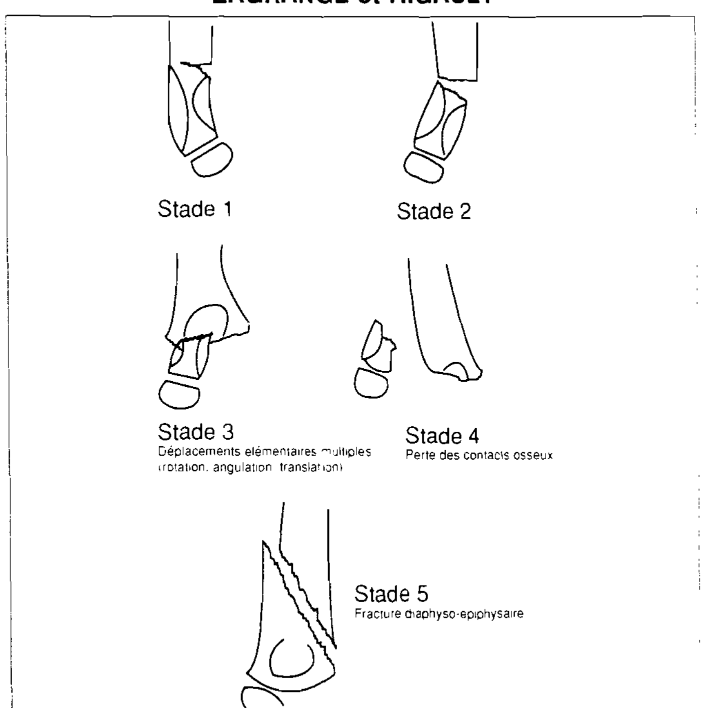
6. Fracture de la palette humérale chez l'enfant

L'importance du déplacement des fractures supracondyliennes chez l'enfant est classé selon LAGRANGE et RIGAULT en cinq stades.

- ☞ Stade I :
  - ✓ fracture en bois vert atteignant le périoste et la corticale antérieure
  - ✓ non déplacée
- ☞ Stade II :
  - ✓ fracture touchant les deux corticales avec périoste postérieur intact
  - ✓ déplacement minime en bascule postérieure

- Stade III :
  - ✓ fracture avec déplacement important en bascule postérieure et surtout angulation, rotation et translation
  - ✓ les deux fragments restent aux contact l'un de l'autre
- Stade IV :
  - ✓ déplacement important avec perte des contacts osseux
- Stade V :
  - ✓ fractures diaphyso-épiphysaires
  - ✓ très rares

Figure 4 : Classification des fractures supra-condyliennes de l'humérus selon LAGRANGE et RIGAULT



7. Fractures de l'extrémité inférieure du radius chez l'adulte

La classification la plus utilisée est celle de CASTAING.

☞ Fractures par compression-extension :

✓ fracture supra-articulaire (POUTEAU-COLLES) :
- à déplacement dorsal pur
- à déplacement postéroexterne
- à tassement axial

✓ fracture à fragment postéromédial :
- non déplacé
- déplacé (supérieur, postérieur et ulnaire)

✓ fracture complexe :
- en T sagittal
- à composante radiale
- à composante ulnaire
- marginale postéroradiale
- en T frontal
- en croix
- éclatement

✓ fracture sans déplacement

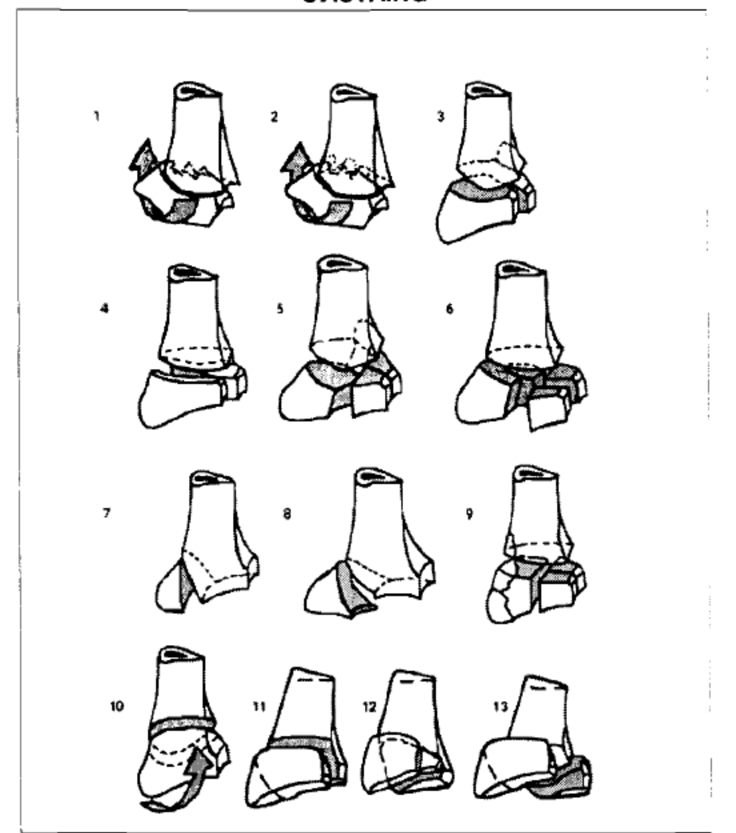
☞ Fracture par compression-flexion

✓ fracture de Goyrand-Smith

✓ marginale antérieure simple

✓ marginale antérieure complexe

Figure 5 : Les différents types de fractures d'après CASTAING



1. Fracture de Pouteau-Colles simples, par compression-extension, sans comminution postérieure; 2. Fracture de Pouteau-Colles, avec comminution postérieure; 3. Fracture de Pouteau-Colles, avec 3ème fragment postéro-interne; 4. Fracture en « T frontal », avec refend dans le plan frontal; 5. Fracture en « T sagittal », avec refend dans le plan sagittal, ici avec un 3ème fragment; 6. Fracture « en croix », avec double refend dans les plans sagittal et frontal; 7. Fracture de la styloïde radiale; 8. Fracture cunéeenne externe; 9. Fracture en « T sagittal », avec composante externe; 10. Fracture de Goyrand-Smith, par compression-flexion; 11. Fracture marginale antérieure simple de Letenneur, par compression-flexion; 12. Fracture marginale antérieure complexe, avec refend sagittal; 13. Fracture bi-marginale.

8. Fractures ouvertes : classification de CAUCHOIX et DUPARC

☞ Stade I :
- ✓ plaies simples sans décollement ni contusion, suturables sans tension après excision des berges
- ✓ souvent de dedans en dehors
- ✓ ce type est assimilable aux fractures fermées sur le plan thérapeutique et pronostique

☞ Stade II :
- ✓ plaies larges, contuses et/ou délimitant des lambeaux de vitalité douteuse et/ou associées à un décollement sous-cutané
- ✓ fermeture possible après parage
- ✓ caractérisées par le risque de nécrose et d'ouverture secondaire

☞ Stade III : perte de substance cutanée rendant toute fermeture après parage impossible
- ✓ A : perte de substance limitée, tissus avoisinants sains
- ✓ B : perte de substance étendue et/ou associée à un tissu avoisinant contus et/ou décollé

9. Lésions méniscales du genou : classification IRM

☞ Type 0 :
- ✓ ménisque normal
- ✓ IRM : signal de basse intensité homogène

☞ Type I :
- ✓ dégénérescence mucoïde ou myxoïde intra-méniscale non pathologique
- ✓ IRM : hypersignal de forme globulaire au centre du ménisque sans aucune communication avec l'articulation

- Type II :
  - ✓ dégénérescence mucoïde sans vrai clivage intraméniscal
  - ✓ IRM : hypersignal de forme linéaire au centre du ménisque sans aucune communication avec l'articulation
- Type III :
  - ✓ lésion méniscale vraie avec fracture du fibrocartilage
  - ✓ IRM : hypersignal globulaire, linéaire ou complexe avec une communication avec l'articulation

10. Fractures épiphysaires de l'enfant : classification de SALTER et HARRIS

Elle correspond à la classification des lésions traumatiques du cartilage de croissance.

- Type I : décollement épiphysaire pur.
- Type II : décollement épiphysaire avec trait métaphysaire.
- Type III : décollement épiphysaire avec trait épiphysaire.
- Type IV : fracture trans-métaphyso-épiphysaire.
- Type V : écrasement du cartilage de croissance.

Figure 6 : Classification de SALTER et HARRIS

I

II

III

IV

V et sa complication

11. Classification des fractures de jambe chez l'adulte

11.1. Selon les circonstances

☞ Traumatique :
✓ mécanisme direct ou indirect

✓ les mécanismes élémentaires intervenant sont :
- la compression
- la traction
- la flexion
- le cisaillement
- la torsion

☞ Microtraumatique (fracture de fatigue)

☞ Non traumatique :
✓ métastases
✓ tumeur primitive
✓ causes diverses

11.2. Selon le trait

☞ Trait unique déterminant une fracture ou bifragmentaire :
✓ fracture transversale
✓ fracture spiroïde
✓ fracture oblique
✓ fracture à troisième fragment (en aile de papillon)

☞ Fracture spiroïde à troisième fragment par torsion.

☞ Fracture à troisième fragment en coin de flexion.

☞ Fracture comminutive.

☞ Fracture complexe, bifocale ou plurifocale.

11.3. Selon le siège du trait

☞ Fracture du tiers supérieur, moyen et inférieur.

☞ Fracture du quart supérieur et inférieur.

☞ Fracture avec trait articulaire.

☞ Fracture métaphysaire (proximale et distale).

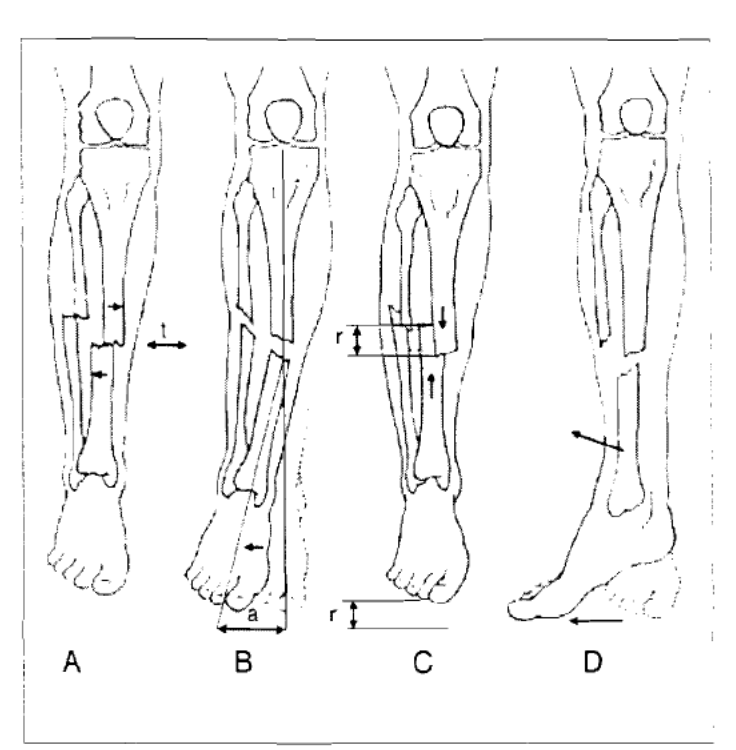
Figure 7 : Les traits de fracture et leur siège

1. Les fractures simples (2 fragments) : A. Transversale diaphysaire; B. Oblique courte métaphysaire haute; C. Spiroïde métaphysaire basse.
2. Les fractures complexes (plus de 2 fragments) : A. Fractures avec 3ème fragment en aile de papillon par torsion; B. Fracture avec 3ème fragment en aile de papillon par flexion; C. Fracture bifocale; D. Fracture comminutive par torsion; E. Fracture comminutive par flexion.

11.4. Selon le déplacement

- Déplacement transversal ou baïonnette.
- Déplacement angulaire ou angulation.
- Déplacement longitudinal ou raccourcissement.
- Déplacement rotatoire ou décalage.

Figure 8 : Les quatre déplacements élémentaires d'une fracture



A. Déplacement transversal ou « baïonnette » (t); B. Déplacement angulaire ou « angulation » (a); C. Déplacement longitudinal ou « raccourcissement » (r); D. Déplacement rotation ou « décalage » (d).

12. Classification des fractures épiphysaires de l'adulte

Cette classification, selon le mécanisme lésionnel, offre un triple intérêt :

- Diagnostique : en précisant les structures lésées.
- Pronostique : en sachant d'emblée que certaines lésions initiales peuvent hypothéquer l'avenir de l'articulation touchée.

- Thérapeutique : en choisissant la technique adaptée au type de lésions.

La classification est la suivante :

- Fracture-enfoncement : conséquence d'un mécanisme en compression, force appliquée perpendiculairement à la surface articulaire.
- Fracture-séparation : conséquence d'un mécanisme en cisaillement, force appliquée obliquement par rapport à la surface articulaire.
- Fracture mixte à enfoncement-séparation : résultat de la combinaison des deux mécanismes précédents.
- Fracture-avulsion : conséquence d'un mécanisme en traction.
- Fracture-luxation : conséquence d'un traumatisme violent.
- Fracture associée épiphysodiaphysaire.

13. Classification anatomoclinique des lésions nerveuses périphériques

13.1. Classification de SEDDON

- Neurapraxie : les gaines et les axones sont anatomiquement intacts, la conduction ne se fait pas.
- Axonotmésis : section des axones à l'intérieur des enveloppes intactes; la régénération ne peut se faire que par repousse axonale.
- Neurotmésis : section nerveuse complète.

13.2. Classification de SUNDERLAND

Elle est plus complète que la précédente et distingue 5 types.

- Type I : lésion de la conduction de l'axone.
- Type II : lésion de la continuité de l'axone.
- Type III : lésion du tube endoneural et de son contenu dans une gaine fasciculaire intacte.
- Type IV : lésions des fascicules et de leur contenu dans un épinèvre qui assure la continuité du nerf.
- Type V : lésion complète du tronc nerveux.

14. Traumatisme du rachis : classification de l'atteinte médullaire selon FRANKEL

- **Groupe A :** atteinte complète sans fonction motrice, ni sensitive au-dessous du niveau lésé.
- **Groupe B :** atteinte motrice complète, mais il existe une conservation de la fonction sensitive y compris périnéale.
- **Groupe C :** conservation motrice, mais la force musculaire n'est plus utilisable.
- **Groupe D :** force musculaire motrice et suffisante pour autoriser une marche avec ou sans aide.
- **Groupe E :** pas d'atteinte neurologique, pas de faiblesse musculaire, pas de trouble sensitif ou de trouble sphinctérien.

15. Classification des fractures bi-malléolaires de l'adulte

Correspondance entre les différentes classifications :

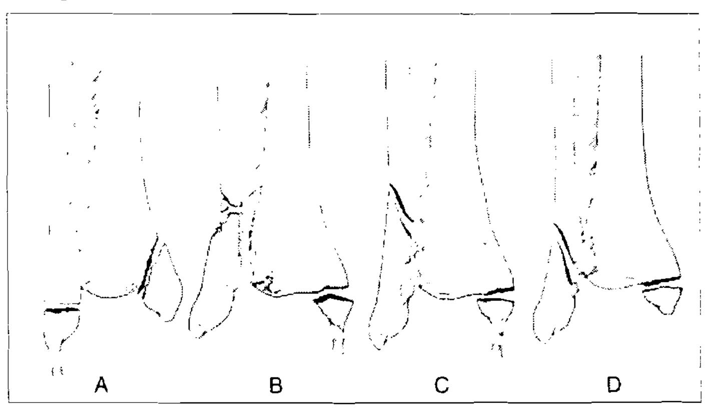
Dupuytren	Danis	Lauge-Hausen	Duparc
	sous-ligamentaire	supination-adduction	type 1 : adduction
Dupuytren haute	sus-ligamentaire	pronation-abduction	type 2 : abduction
Dupuytren haute Maisonneuve	sus-ligamentaire	pronation-rotation externe	type 3 : rotation externe sus-tuberculaire
Dupuytren basse	inter-ligamentaire	supination-rotation externe	type 4 : rotation externe inter-tuberculaire

N.B. :

- *Dupuytren et Danis classent les fractures en fonction du niveau du trait de fracture.*

- *Lauge-Hansen classe les fractures en fonction du mouvement ayant produit la fracture :*
  - ✓ *le premier terme désigne la position du pied lors de l'accident*
  - ✓ *le second la direction du mécanisme causal*

Figure 9 : classification des fractures bimalléolaire



A. Type I : adduction; B. Type II : abduction; C. Type III : rotation externe sus-tuberculaire; D. Type IV : rotation externe inter-tuberculaire.

16. Brûlures

16.1. Selon le mécanisme

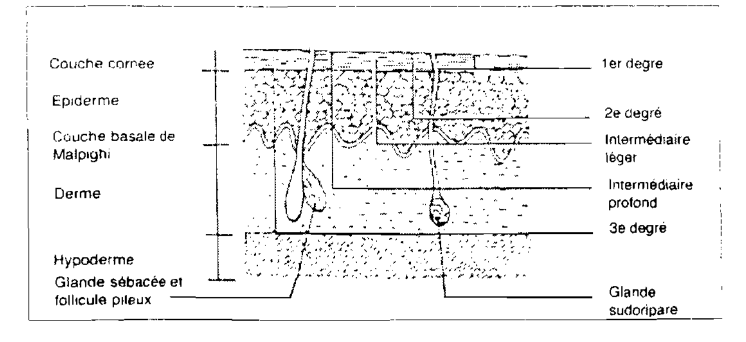
- Brûlures thermiques.
- Brûlures chimiques.
- Brûlures électriques.
- Brûlures par rayonnements ionisants.

16.2. Selon la profondeur

- Brûlure du premier degré :
  - ✓ brûlure superficielle ne dépassant pas la couche cornée de l'épiderme
  - ✓ clinique : érythème
  - ✓ évolution : guérison rapide après desquamation en quelques jours

- Brûlure du deuxième degré superficiel :
  - ✓ atteinte de l'épiderme sans atteinte de la couche basale de MALPIGHI
  - ✓ clinique : phlyctènes douloureuses
  - ✓ évolution : cicatrisation spontanée en 10 à 12 jours
- Brûlure du deuxième degré intermédiaire :
  - ✓ 2ème degré intermédiaire léger : la brûlure a provoqué la destruction partielle de la couche basale, atteignant les parties les plus superficielles de celle-ci (= crêtes) et épargnant les parties profondes (= fundus)
  - ✓ 2ème degré intermédiaire profond : la brûlure a provoqué la destruction totale de la couche basale, seuls les enclaves intradermiques de l'épiderme sont épargnées (bulbes pileux, glandes sudoripares et sébacées)
  - ✓ évolution : variable
- Brûlure du troisième degré :
  - ✓ nécrose totale de l'épiderme et du derme
  - ✓ clinique : absence de douleur, escarre
  - ✓ évolution : rétraction; la cicatrisation ne peut se faire que par épidermisation des berges de la plaie.

Figure 10 : Classification des brûlures par degré



NOTES PERSONNELLES

PÉDIATRIE

1. Asthme : classification en 4 stades de gravité croissante

	Sympt. diurnes	Sympt nocturnes	Activité physique	VEMS ou DEP	Variabilité du DEP
Sévère	permanents	± quotidiens	limitation	< 60%	> 30%
Modéré	quotidiens	> à 1 par semaine	gêne	60-80%	> 30%
Léger	> à 1 par semaine	> à 2 par mois	± gêne	> 80%	20-30%
Intermittent	< à 1 par semaine	< à 2 par mois	normale	normal	< 20%

2. Épilepsie

2.1. Crises généralisées

☞ Tonico-clonique.

☞ Tonique.

☞ Clonique.

☞ Atonique avec ou sans myoclonies.

☞ Akinétique.

☞ Absences simples avec seulement altération de la conscience.

☞ Myoclonies massives bilatérales du réveil.

2.2. Crises partielles

☞ Crises partielles à symptomatologie élémentaire :

✓ avec des symptômes moteurs :

– focales motrices
– Bravais-Jackson
– versives
– posturales
– phonatoires

✓ avec des symptômes sensitifs ou sensoriels :
- somato-sensitives
- visuelles
- auditives
- olfactives
- gustatives
- vertigineuses

✓ avec des symptômes végétatifs :
- épigastralgies
- sialorrhée
- rubéfaction du visage, hoquet
- énurésie

☞ Crises partielles à symptomatologie complexe :

✓ avec une symptomatologie intellectuelle :
- dysmnésie (amnésie, déjà vu, déjà vécu)
- troubles idéatoires (pensée forcée, état de rêve)

✓ avec une symptomatologie affective

✓ avec une symptomatologie psychosensorielle :
- illusions
- hallucinations

✓ avec une symptomatologie psychomotrice

3. Classification des laryngites sous-glottiques en quatre stades de gravité croissante

	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
État de l'enfant	calme	agité	angoissé	inconscient
Tirage (intensité)	modéré	net	intense	absent
Tirage (type)	sus-sternal	sus-sternal xiphoïdien	sus-sternal xiphoïdien inter-costal	
Cornage	modéré	net	intense	absent
Tension artérielle	normale	normale	élevée	effondrée
Pouls	normal	accéléré	accéléré	filant
Coloration des extrémités	normale	normale	cyanose	cyanose
Rythme respiratoire	bradypnée inspiratoire	bradypnée inspiratoire	bradypnée	irrégulier

4. Rachitisme : stades évolutifs et données biologiques

- Stade 1 : rachitisme précoce avec signes cliniques et radiologiques discrets; hypocalcémie.
- Stade 2 : calcémie normale; signes cliniques et radiologiques nets.
- Stade 3 : hypocalcémie et déminéralisation importante.

5. Détresse respiratoire du nouveau-né : score de SILVERMANN

	—1—	—2—	—3—
Tirage intercostal	absent	visible	marqué
Entonnoir xiphoïdien	absent	discret	marqué
Balancement thoraco-abdominal	gonflement inspiratoire synchrone	gonflement inspiratoire abdominal seul	gonflement abdominal rétraction thoracique
Geignement expiratoire	absent	audible seulement au stéthoscope	audible à distance
Battements des ailes du nez	absent	discret	marqué

Chaque signe est côté de 0 à 2 selon son importance. Le score est de 0 s'il n'y a pas de détresse respiratoire. Le score est d'autant plus élevé (maxi 10) que les signes de rétraction sont intenses.

6. Intoxication par le plomb : classification selon la valeur de la plombémie

Classe	Plombémie	Conduite à tenir
I	< 100 µg/l	Pas de traitement
II	100-250 µg/l	Évaluation clinique supplémentation martiale Information des parents Contrôle tous les 6 mois +++ Si jeune enfant (< 3 ans)
III	250-450 µg/l	Évaluation clinique Supplémentation martiale Contact hospitalier pour ± plomburie provoquée, ± chélation Enquête à domicile
IV	450-750 µg/l	Prise en charge hospitalière Chélation nécessaire Enquête à domicile
V	> 700 µg/l	Prise en charge hospitalière Chélation urgente Enquête à domicile

NOTES PERSONNELLES

PNEUMOLOGIE

1. Sarcoïdose : classification radiologique

- ☞ Stade 0 : cliché normal.
- ☞ Stade I : adénopathies médiastinales isolées; parenchyme pulmonaire normal.
- ☞ Stade II : adénopathies médiastinales et atteinte parenchymateuse.
- ☞ Stade III : atteinte parenchymateuse isolée.
- ☞ Stade IV : fibrose pulmonaire.

N.B. : A noter que les adénopathies de la sarcoïdose sont bilatérales, symétriques et non compressives.

2. Classification des cancers broncho-pulmonaires primitifs

2.1. Classification TNM

☞ T : tumeur primitive

✓ T1 :
- tumeur de 3 cm ou moins dans son plus grand diamètre
- entourée de poumon ou de plèvre viscérale
- sans envahissement au-delà d'une bronche lobaire à la fibroscopie

✓ T2 :
- tumeur de plus de 3 cm dans son plus grand diamètre, ou de n'importe quelle dimension
- envahissant la plèvre viscérale ou associée à une atélectasie atteignant la région hilaire
- en fibroscopie, l'atteinte proximale de la tumeur visible doit être lobaire ou à plus de 2 cm de la carène
- si une atélectasie (ou une pneumonie obstructive) est associée, elle ne doit pas affecter l'ensemble du poumon

✓ T3 :
- tumeur de n'importe quelle taille
- avec un envahissement direct de :
  . la paroi thoracique (y compris les tumeurs de l'apex)
  . le diaphragme
  . la plèvre médiastinale
  . le péricarde (sans envahir le cœur, les gros vaisseaux, la trachée, l'œsophage, ou les corps vertébraux)

OU
- tumeur d'une bronche souche à moins de 2 cm de la carène, sans l'envahir

✓ T4 :
- tumeur de n'importe quelle taille
- avec envahissement (et/ou) :
  . le médiastin
  . le cœur
  . les gros vaisseaux
  . la trachée
  . l'œsophage
  . les corps vertébraux
  . la carène

OU
- avec la présence d'un épanchement pleural malin

☞ N : envahissement ganglionnaire
✓ N0 : absence d'envahissement ganglionnaire démontrable
✓ N1 : atteinte des ganglions péribronchiques et/ou hilaires homolatéraux
✓ N2 : atteinte des ganglions médiastinaux homolatéraux et/ou des ganglions sous-carénaires
✓ N3 : atteinte des ganglions médiastinaux controlatéraux et/ou des ganglions sus-claviculaires, homo- et controlatéraux

☞ M : métastases à distance
  ✓ M0 : absence de métastase décelable
  ✓ M1 : métastase à distance

2.2. Classification en stades

☞ Stade I :
  ✓ T1 N0 M0
  ✓ T2 N0 M0

☞ Stade II :
  ✓ T1 N1 M0
  ✓ T2 N1 M0

☞ Stade III :
  ✓ stade III A :
    – T3 N0 M0
    – T3 N1 M0
    – T1 à T3 N2 M0
  ✓ stade III B :
    – quel que soit T N3 M0
    – T4 quel que soit N M0

☞ Stade IV : quel que soit T quel que soit N M1.

3. Classification des hémoptysies selon leur abondance

☞ Minime : crachats sanglants isolés.

☞ Moyenne : jusqu'à 300 ml.

☞ Grande : supérieure à 300 ml ou débit horaire > 150 ml/h.

☞ Massive voire foudroyante : décès par asphyxie.

4. Silicose : classification radiologique des opacités selon le bureau international du travail

☞ Pour les petites opacités :
  ✓ selon leur diamètre :
    – p : (pinhead mottling) < 1,5 mm
    – q : (micronodules) de 1,5 à 3 mm
    – r : (nodules) > 3 mm et < 10 mm

N.B. : Les symboles p, q, r sont remplacés respectivement par s, t, u lorsque ces petites opacités sont irrégulières plutôt qu'arrondies.

✓ selon leur densité :
- 1 : moins du tiers du total des deux champs pulmonaires
- 2 : de 1/3 à 2/3 de ce total
- 3 : profuses, intéressant à peu près les deux champs pulmonaires et réalisant l'image « en tempête de neige »

☞ Pour les grandes opacités :
✓ A : de 1 à 5 mm
✓ B : une ou plusieurs masses de surface totale inférieure au tiers d'un champ pulmonaire
✓ C : surface totale supérieure au tiers d'un champ pulmonaire

5. Pneumopathie interstitielle de la sévérité de la dyspnée selon SADOUL

☞ Stade 1 : dyspnée pour les efforts importants ou supérieurs à l'ascension de deux étages.
☞ Stade 2 : dyspnée à la marche rapide ou en pente légère ou à la montée d'un étage.
☞ Stade 3 : dyspnée à la marche normale sur terrain plat.
☞ Stade 4 : dyspnée à la marche lente.
☞ Stade 5 : dyspnée au moindre effort.

NOTES PERSONNELLES

PSYCHIATRIE

1. Classification des drogues

1.1. Classification en tenant compte de la dépendance et de la tolérance

Drogue	Dépendance physique	Dépendance psychique	Tolérance
Opiacés	oui	oui	oui
Barbituriques	oui	oui	oui
Benzodiazépines	oui	oui	oui
Amphétamines	non	oui	oui
Cocaïne	non	oui	non
Hallucinogènes	non	oui	faible
Cannabis	non	oui	non
Solvants	non	oui	oui

1.2. Classification de DELAY et DENIKER tenant compte de l'effet sur le système nerveux central (SNC)

☞ Psycholeptiques : dépresseurs du SNC
- ✓ opiacés
- ✓ benzodiazépines
- ✓ barbituriques
- ✓ neuroleptiques
- ✓ antihistaminiques

☞ Psychoanaleptiques : stimulants du SNC
- ✓ stimulants de la vigilance :
  - – amphétamines et dérivés
  - – cocaïne
  - – caféine et autres xantines, nicotine
  - – amines sympathomimétiques
- ✓ stimulants de l'humeur :
  - – antidépresseurs

- ☞ Psychodysleptiques : perturbateurs du SNC
  - ✓ dérivés du cannabis
  - ✓ hallucinogènes
  - ✓ solvants, éther
  - ✓ dérivés anticholinergiques
  - ✓ alcool éthylique

2. Classification des troubles bipolaires de la maladie maniaco-dépressive

- ☞ Type I : alternance de phases dépressives et maniaques avec intervalle libre avec, selon la fréquence de survenue :
  - ✓ la forme DMI : dépression-manie-intervalle libre
  - ✓ la forme MDI : manie-dépression-intervalle libre
- ☞ Type II : alternance de dépression, d'intervalle libre et d'hypomanie.
- ☞ Type III : alternance de dépression, d'intervalle libre ou d'hypomanie induite par le traitement antidépresseur.

NOTES PERSONNELLES



PHARMACOLOGIE-THÉRAPEUTIQUE

1. Classification des neuroleptiques

1.1. Classification biochimique

☞ Phénothiazines :

✓ Aliphatiques :
- Largactil (chlorpromazine)
- Nozinan (lévomépromazine)
- Tercian (cyamépromazine)

✓ Pipérinidées :
- Melleril (thiozidazine)
- Neuleptil (propériciazine)

✓ Pipérazinées :
- Majeptil (thiopropérazine)
- Moditen (fluphénazine)
- Piportil (pipotiazine)

☞ Butyrophénones :

✓ Polyvalentes :
- Haldol (halopéridol)

✓ Déshinibitrices :
- Tripéridol (triflupéridol)
- Semap (penfluridol)

✓ Sédatives :
- Dipipéron (pipampérone)
- Droleptan (dropéridol)

☞ Thioxanthènes :

✓ Fluanxol (flupentixol)

✓ Clopixol (acétate de zuclopenthixol)

☞ Benzamides :

✓ Déshinibiteurs :
- Dogmatil (sulpiride)
- Solian (amisulpiride)

- ✓ Sédatifs :
  - – Tiapridal (tiapride)
  - – Barnétil (sultopride)
- ☞ Dibenzo-oxazépine :
  - ✓ Loxapac (loxapine)
- ☞ Carpipramine :
  - ✓ Prazinil (carpipramine)

1.2. Classification clinique

1.2.1. Étoile de liège

Les neuroleptiques développent six actions principales :

- ☞ 4 se référant aux effets thérapeutiques :
  - ✓ AT : effet ataraxique
  - ✓ AM : effet antimaniaque
  - ✓ AD : effet antidélirant
  - ✓ AA : effet anti-autistique
- ☞ 2 se référant aux effets secondaires :
  - ✓ AL : effet adrénolytique
  - ✓ EP : effet extrapyramidal

La disposition spatiale de ces actions (étoile à six branches) permet une gradation numérotée de l'intensité de l'effet :

- ✓ 0 : nul
- ✓ 1 : très faible
- ✓ 2 : faible
- ✓ 3 : moyen
- ✓ 4 : puissant
- ✓ 5 : très puissant

En fonction des produits et des doses, les effets cliniques peuvent être représentés sur l'étoile de liège.

1.2.2. Classification en fonction des pôles sédatifs et désinhibiteurs

- ☞ Les neuroleptiques sédatifs sont à la fois anti-anxieux et anti-excitatoires dans les états délirants.
- ☞ Les neuroleptiques polyvalents sont à la fois anti-anxieux, anti-excitatoires et désinhibiteurs.

☞ Les neuroleptiques désinhibiteurs encore appelés antidéficitaires sont actifs sur l'apragmatisme et l'indifférence ainsi que l'inertie émotionnelle.

Classification	Principaux représentants	Effets secondaires
Pôle sédatif		**Effets végétatifs dominants**
Neuroleptiques sédatif	Nozinan Largactil Tercian Neuleptil Melleril Barnétil	Hypotension orthostatique
Neuroleptiques polyvalents	Haldol Moditen Majeptil Piportil	Syndromes akinéto-hypertoniques
Neuroleptiques désihinbiteurs	Tripéridol Dogmatil Orap Prazinil	Syndromes hyperkinétiques
Pôle désinhibiteur		**Effets neurologiques dominants**

2. Classification des antidépresseurs

2.1. Classification chimique

☞ Antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques :

✓ ils augmentent le taux de noradrénaline et de sérotonine intra-synaptiques au niveau du système nerveux central, en inhibant le recaptage des médiateurs dans la fente synaptique

✓ ils ont un effet anticholinergique central et périphérique, et un effet alpha-adrénolytique à forte dose

✓ quelques exemples :
- Anafranil (clomipramine)
- Laroxyl (amitriptyline)
- Surmontil (trimipramine)
- Tofranil (imipramine)

- ☞ Antidépresseurs dérivés tricycliques ou tétracycliques :
  - ✓ Athymil (miansérine)
  - ✓ Ludiomil (maprotiline)
  - ✓ Stablon (tianeptine)
  - ✓ Survector (amineptine)
- ☞ Inhibiteurs de la mono-amine oxydase :
  - ✓ ils augmentent le taux de noradrénaline et de sérotonine en inhibant leur catabolisme
  - ✓ IMAO type A :
    - Humoryl (toloxatone)
  - ✓ IMAO non sélectifs :
    - Marsilid (iproniazide)
    - Niamide (nialamide)
- ☞ Non tricycliques- non IMAO :
  - ✓ certains agissent en inhibant le recaptage de la noradrénaline en se fixant sur les récepteurs post-synaptiques :
    - Viloxazine
  - ✓ certains agissent en inhibant le recaptage de la sérotonine, permettant d'éviter les effets secondaires anticholinergiques :
    - Prozac (fluoxétine)
    - Floxyfral (fuvoxamine)

2.2. Classification clinique

Antidépresseurs psychotoniques	**IMAO**	Humoryl Marsilid Niamide
	Tricycliques	Défanyl Pertrofan
	Noradrénergiques	Vivalan
	Dopaminergiques	Survector
Antidépresseurs intermédiaires	Tricycliques	Anafranil Tofranil Timaxel Stablon Prothiaden
	Sérotoninergiques	Floxyfral Prozac
Antidépresseurs sédatifs	**Tricyclique**	Laroxyl Surmontil
	Trétracycliques	Ludiomil Athymil
	Sérotoninergiques	Pragmarel
	Dopaminergiques	Clédial

3. Classification des anxiolytiques

3.1. Benzodiazépines

☞ On leur reconnaît 5 propriétés :
- ✓ anxiolytique
- ✓ sédative
- ✓ hypnogène
- ✓ anticonvulsivante
- ✓ myorelaxante

☞ BZD à demi-vie longue :
- ✓ Valium (diazépam)
- ✓ Tranxène (clorazépate)
- ✓ Lysanxia (prazépam)

☞ BZD à demi-vie intermédiaire :
- ✓ Seresta (oxazépam)

- ✓ Xanax (alprazolam)
- ✓ Témesta (lorazépam)
- ✓ Léxomil (bromazépam)
- ✓ Urbanyl (clobazam)

3.2. Carbamates

- ☞ Leurs effets :
  - ✓ anxiolytique
  - ✓ sédatif
  - ✓ hypnotique à forte dose
  - ✓ myorelaxant
  - ✓ effet inducteur enzymatique faible au niveau de certaines enzymes hépatiques
- ☞ Les produits :
  - ✓ Équanil (méprobamate)
  - ✓ Atrium (fébarmate)

3.3. Autres classes

- ☞ Hydroxyzine :
  - ✓ effets : antihistaminique H1 et anticholinergiques
  - ✓ Atarax
- ☞ Buspirone :
  - ✓ effets : anxiolytique non sédatif
  - ✓ Buspar

4. Classification des antalgiques

- ☞ Niveau 1 : antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, AINS...).
- ☞ Niveau 2 : opioïdes faibles et intermédiaires (dextropropoxyphène, codéine, tramadol...).
- ☞ Niveau 2bis : opioïdes intermédiaires (buprénorphine, nalbuphine...).
- ☞ Niveau 3 : opioïdes forts (morphine orale et sous-cutanée ou IV continue, autres opioïdes...).
- ☞ Niveau 4 : cathéters, chirurgie de la douleur.

5. Classification des antibiotiques

5.1. Selon leur mécanisme d'action

Site d'action	Antibiotiques
Paroi bactérienne	Bêtalactamines Fosfomycine Vancomycine, Téicoplanine Bacitracine Izoniaside, Éthionamide, Pyrazinamide
Synthèse des protéines	Aminosides Phénicolés Tétracyclines Macrolides, Lincosamides Streptogramines Acide fusidique Clofazimine
Synthèse des acides nucléiques	Rifamycines Quinolones Nitro-5-imidazolés Nitrofuranes
Synthèse des folates	Sulfamides Triméthoprime Acide para-amino-salicylique
Membrane cytoplasmique	Polyximes

5.2. Selon leur activité in vitro

Bactéricides	Bactériostatiques
Bêtalactamines Vancomycine Fosfomycine Aminosides Streptogramines Sulfamides et triméthoprime Quinolones Rifamycines Nitro-imidazoles Polymyximes	Phénicolés Tétracyclines Macrolides et Lincosamides Acide fusidique Sulfamides Nitrofuranes

6. Classification des vaccins selon leur nature

Nature du vaccin	Vaccin
Vaccins antiviraux atténués	Rougeole Rubéole Polio buvable Oreillons Varicelle
Vaccins antivraux inactivés	Polio injectable Grippe Hépatite A Hépatite B
Vaccins antibactériens vivants	B.C.G.
Vaccins antibactériens tués	Coqueluche Pneumocoque Haemophilus
Anatoxines	Tétanos Diphtérie

7. Classification des anti-inflammatoires non stéroïdiens

7.1. Selon la durée d'action

Demi-vie	DCI	Nom commercial
AINS à demi-vie courte (inférieure à 6 h)	Kétoprofène Ibuprofène Flurbiprofène Fenoprofene Acide niflurique Acide tiaprofénique Alminoprofène Diclofénac	Profénid, Toprec Nurofen, Advil Cébutid Nalgésic Nifluril Surgam Monaflène Voltarène, Xénid
AINS à demi-vie longue (supérieure à 24 h)	Phénylbutazone Piroxicam Pyroxicam bêta-cyclo dextrine Ténoxicam	Butazolidine Feldène Cycladol, Brexin Tilcotil
AINS à demi-vie intermédiaire	Naproxène Naproxène disodique	Naprosyne Apranax
AINS à libération prolongée	Indométacine Kétoprofène Diclofénac Flurbiprofène	Chrono-indocid 75 Profénid LP Voltarène LP, Xénid LP Cébutid LP

himique

idine.

l, arthrocin.

apranax, cébutid, profénid...

ie, tilcotil, cycladol, brexin.

ndole-acétique : lodine.

anti-arythmiques

	Nom commercial
	Cardioquine, Longacor Sérécor Rythmodan
	Xylocaïne, Xylocard Méxitil
	Cipralan Flécaïne Rythmol Fiboran Bradyl
te	Cordarone Corbionax, Brétylate
	Tildiem Isoptine

9. Classification des diurétiques

famille Type d'effet	Diurétiques kaliurétiques Thiazides et apparentés	 Diurétiques de l'anse	Diurétiques épargneurs de potassium
Effets natriurétique maximal	5 à 11%	15 à 30%	2%
Élimination urinaire de potassium	augmentée	augmentée	diminuée
Site d'action	segment de dilution	branche ascendante de l'anse de Henlé	tube contourné distal
Délai d'action	lent	rapide	lent
Exemples	Esidrex Fludex	Lasilix Burinex	Aldactone Modamide

10. Classification des inhibiteurs calciques

- Les 1-4 dihydropyridines : adalate, nifédipine, loxen, baypress, flodil, amlor...
- Les phénylalkylamines : isoptine, vérapamil...
- Les benzothiazépines : tildiem, bi-tildiem, diacor...

NOTES PERSONNELLES

RHUMATOLOGIE

1. Coxite de la polyarthrite rhumatoïde : classification radiologique en quatre stades évolutifs

- Stade I : pincement diffus.
- Stade II : pincement important + érosion de l'interligne.
- Stade III : disparition de l'interligne + érosion et agrandis-sement du cotyle.
- Stade IV : protrusion acétabulaire.

2. Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale : classification radiologique de ARLET et FICAT

- Stade I : stade préradiologique sans aucun signe visible.
- Stade II :
  - ✓ remaniements isolés de la trame épiphysaire
  - ✓ condensation isolée et segmentaire (polaire supérieure) de la tête fémorale
  - ✓ géodes sous-chondrales
  - ✓ liseré sous-chondral de la tête fémorale
  - ✓ densification segmentaire ou diffuse de la tête
- Stade III :
  - ✓ perte de la sphéricité de la tête fémorale
  - ✓ aspect de marche d'escalier
- Stade IV : pincement de l'interligne articulaire.

3. Testing musculaire : cotation de 0 à 5

- 5 : force normale et symétrique.
- 4 : résistance inférieure au côté opposé.
- 3 : mouvement contre pesanteur.
- 2 : mouvement sur plan dur.
- 1 : ébauche de contraction musculaire.
- 0 : aucune contraction musculaire.

4. Spondylarthrite ankylosante : classification radiologique selon Forestier

☞ Stade 0 : articulation sacro-iliaque d'aspect normal.

☞ Stade I : sacro-iliite débutante
- ✓ flou des berges
- ✓ ostéosclérose débutante
- ✓ érosions minimes

☞ Stade II : sacro-iliite confirmée
- ✓ érosions marquées
- ✓ ostéosclérose marquée

☞ Stade III : ankylose
- ✓ fusion ± complète de l'interligne articulaire

NOTES PERSONNELLES

SANTÉ PUBLIQUE

1. Formes d'alcoolisation selon la classification de FOUQUET

☞ Alcoolite :
- ✓ alcoolisme d'entraînement ou primaire
- ✓ consommation quotidienne et continue

☞ Alcoolose :
- ✓ alcoolisme de compensation ou névrotique ou secondaire
- ✓ consommation au début irrégulière, paroxystique amenant rapidement à l'alcoolodépendance psychologique

☞ Somalcoolose :
- ✓ alcoolisme symptôme ou psychiatrique
- ✓ consommation intermittente, compulsive (de quelques heures à quelques jours)

2. Infections nosocomiales : classification d'Altemeier selon le type de chirurgie

ALTEMEIER a proposé une classification du risque d'infection du site opératoire selon la contamination en quatre classes :

☞ **Propre :**
- ✓ taux d'infection : de 1 à 2%
- ✓ pas de traumatisme, d'infection, d'ouverture de viscères creux, de rupture d'asepsie

☞ **Propre contaminée :**
- ✓ taux d'infection : de 10 à 20%
- ✓ ouverture de viscères creux, avec contamination minime (tube digestif haut, voies respiratoires, appareil uro-génital, voies biliaires), rupture minime d'asepsie

☞ **Contaminées :**
- ✓ taux d'infection : de 20 à 35%

✓ traumatisme ouvert depuis moins de 4 heures, chirurgie des voies urinaires ou biliaires infectées, forte contamination par le contenu digestif

☞ **Sale :**

✓ taux d'infection : de 20 à 50%

✓ infection bactérienne, traumatisme ouvert depuis plus de 4 heures ou présence d'un corps étranger, tissus dévitalisés, contamination fécale

3. Essai thérapeutique

☞ **Phase 0 :** phase d'étude in vitro et d'expérimentation animale.

☞ **Phase I :**

✓ phase d'étude pharmacocinétique

✓ volontaires sains

✓ détermination du comportement pharmacocinétique, tolérance et toxicité

☞ **Phase II :**

✓ phase d'études pharmacodynamiques

✓ échantillon de patients malades de taille restreinte

✓ détermination de l'efficacité la plus grande du médicament (indications, sécurité d'emploi, posologie optimale, mode d'administration, chronobiologie)

☞ **Phase III :**

✓ phase des essais comparatifs

✓ échantillons beaucoup plus larges de malades

✓ comparaison entre le nouveau traitement et un placebo ou des traitements de référence

✓ étude de la qualité de vie; étude coût-efficacité

✓ soumission à l'AMM à l'issue de cette phase

☞ **Phase IV :**

✓ phase de pharmacovigilance

✓ en population générale

✓ recherche de nouvelles indications et de meilleures modalités de prescription

✓ recherche des effets indésirables rares et tardifs

✓ recherche des interactions médicamenteuses

4. Personnes âgées : classification de la dépendance selon WOOD

☞ **La déficience :** perte de substance ou altération de structure ou de fonction anatomique, physiologique ou psychologique (ces anomalies peuvent résulter d'un vieillissement pathologique).

☞ **L'incapacité :** réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité (elle se manifeste par la limitation d'une ou plusieurs fonction ou par la réduction des activités).

☞ **Le désavantage ou le handicap :** conséquence sociale de la déficience et de l'incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'actes simples en rapport avec l'âge, le sexe, le contexte social et culturel.

NOTES PERSONNELLES

STOMATOLOGIE

1. Cancer de la cavité buccale

1.1. Classification TNM (UICC 1988)

☞ T : tumeur primitive :

✓ pour la cavité buccale :

- T0 : pas de signe de tumeur primitive
- T1 : tumeur inférieure ou égale à 2 cm dans sa plus grande dimension
- T2 : tumeur dont la plus grande dimension est supérieure à 2 cm sans dépasser 4 cm
- T3 : tumeur dont la plus grande dimension est supérieure à 4 cm
- T4 : tumeur s'étendant à l'os, au muscle, à la peau, au sinus, au cou, etc

✓ pour la lèvre :

- T0 : pas de signe de tumeur primitive
- T1 : tumeur limitée à la lèvre, inférieure ou égale à 2 cm dans sa plus grande dimension
- T2 : tumeur limitée à la lèvre supérieure à 2 cm sans dépasser 4 cm dans sa plus grande dimension
- T3 : tumeur limitée à la lèvre supérieure à 4 cm dans sa plus grande dimension
- T4 : tumeur s'étendant au-delà de la lèvre aux structures voisines : os, langue, revêtement cutané cervical, etc.

☞ N : atteinte ganglionnaire

✓ N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques

✓ N1 : atteinte d'un seul ganglion homolatéral ne dépassant pas 3 cm dans sa plus grande dimension

- ✓ N2 : atteinte de ganglions régionaux ne dépassant pas 6 cm dans leur plus grande dimension :
  - A : ganglion unique homolatéral de plus de 3 cm (< 6 cm)
  - B : ganglions multiples homolatéraux (< 6 cm)
  - C : ganglions bilatéraux ou controlatéraux
- ✓ N3 : atteinte d'un ganglion de plus de 6 cm dans sa plus grande dimension

☞ M : métastases
- ✓ M0 : pas de métastase décelable
- ✓ M1 : métastases certaines
- ✓ Mx : extension métastatique non précisable

1.2. Groupement par stades

☞ Stade 0 : Tis N0 M0.

☞ Stade I : T1 N0 M0.

☞ Stade II : T2 N0 M0.

☞ Stade III :
- ✓ T3 N0 M0
- ✓ T1, T2, T3 N1 M0

☞ Stade IV :
- ✓ T4 N0, N1 M0
- ✓ tous T N2, N3 M0
- ✓ tous T tous N M1

2. Traumatismes de la face : classification de Lefort

☞ LEFORT I :
- ✓ le trait est horizontal sectionnant les deux maxillaires au-dessus des apex dentaires et les ptérygoïdes à leur tiers inférieur
- ✓ point douloureux à l'épine nasale antérieure
- ✓ la mobilisation de l'arcade dentaire supérieure est possible isolément du reste du massif facial

- ☞ LEFORT II :
  - ✓ le trait sectionne les os propres du nez, la paroi interne de l'orbite, le plancher de l'orbite
  - ✓ puis, il emprunte la suture maxillo-malaire et sectionne les ptérygoïdes à leur tiers moyen
  - ✓ la mobilisation de l'arcade dentaire supérieure entraîne celle du nez mais non les malaires
- ☞ LEFORT III ou disjonction crâniofaciale vraie :
  - ✓ le trait sectionne le nez au-dessus de la suture fronto-nasale
  - ✓ puis passe par la paroi interne de l'orbite, la partie postérieure du plancher, la fente sphénomaxillaire, la paroi externe de l'orbite, l'apophyse frontomalaire, l'arcade zygomatique et les apophyses ptérygoïdes à leur tiers supérieur
  - ✓ la mobilisation de l'arcade dentaire supérieure entraîne celle de la pyramide nasale et des malaires

3. Classification des plaies de la face et de la cavité buccale

- ☞ Type I : plaie simple.
- ☞ Type II : plaie souillée.
- ☞ Type III : plaie avec perte de substance.
- ☞ Type IV : plaie avec lésion osseuse sous-jacente.
- ☞ Type V : plaie avec atteinte d'un organe noble (canal de Sténon, nerf facial, canaux lacrymaux...).

Figure 1 : Schématisation du trait de fracture d'un Lefort I de face

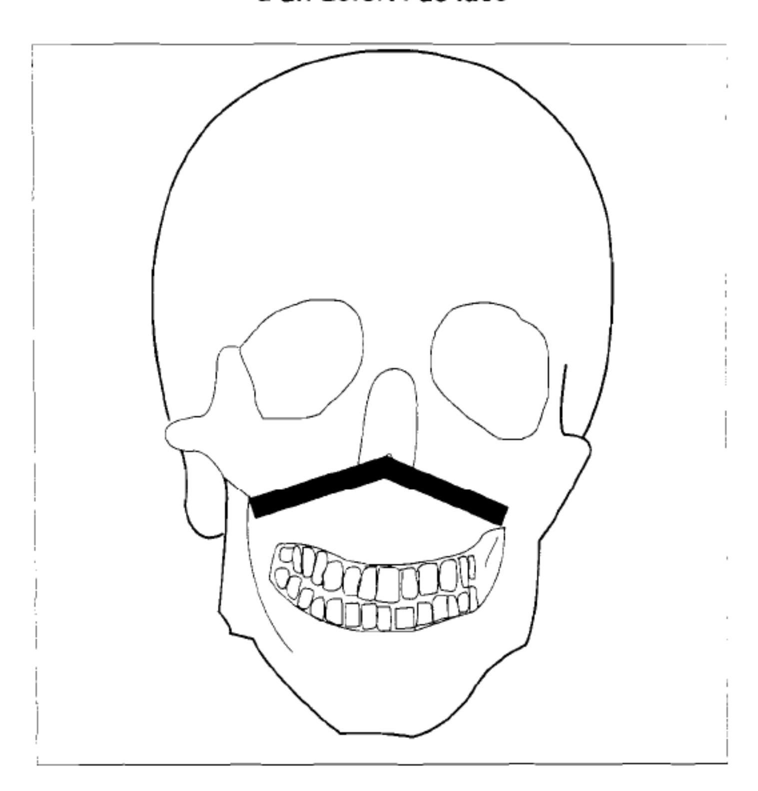


Figure 2 : Schématisation du trait de fracture d'un Lefort I de profil

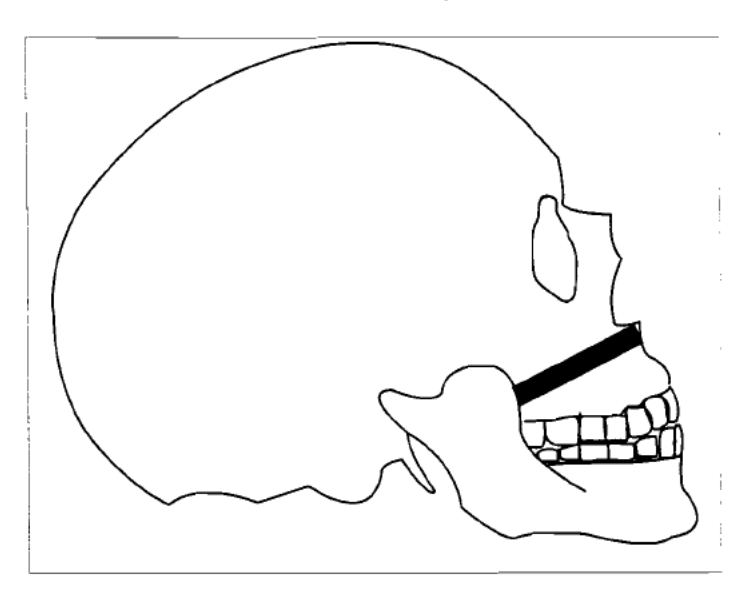


Figure 3 : Schématisation du trait de fracture d'un Lefort II de face

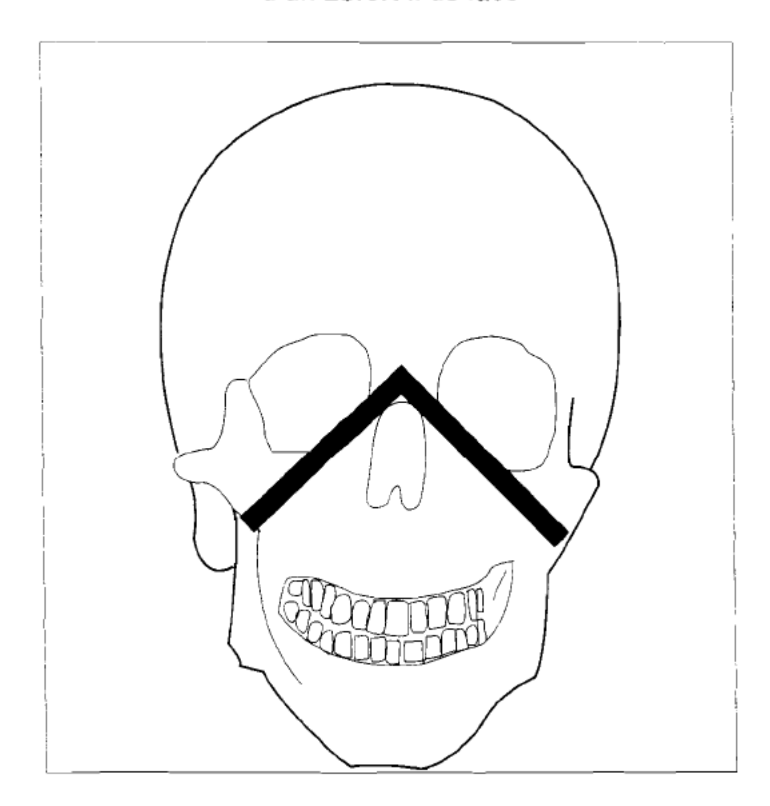


Figure 4 : Schématisation du trait de fracture d'un Lefort II de profil

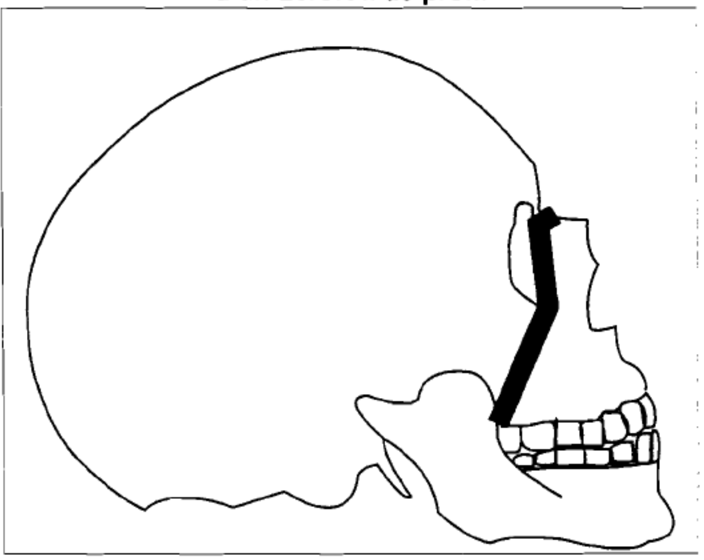


Figure 5 : Schématisation du trait de fracture d'un Lefort III de face

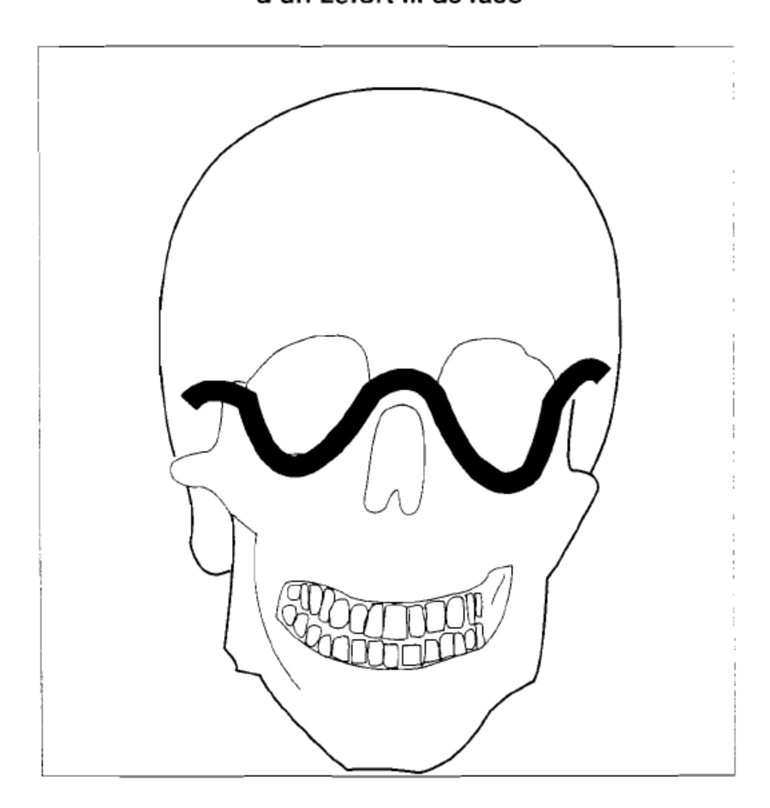
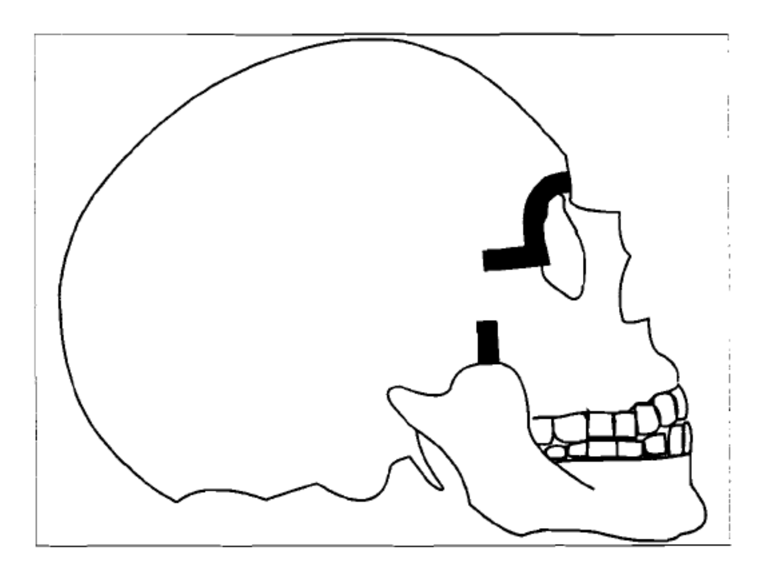


Figure 6 : Schématisation du trait de fracture d'un Lefort III de profil



NOTES PERSONNELLES

UROLOGIE

1. Cancer de la vessie

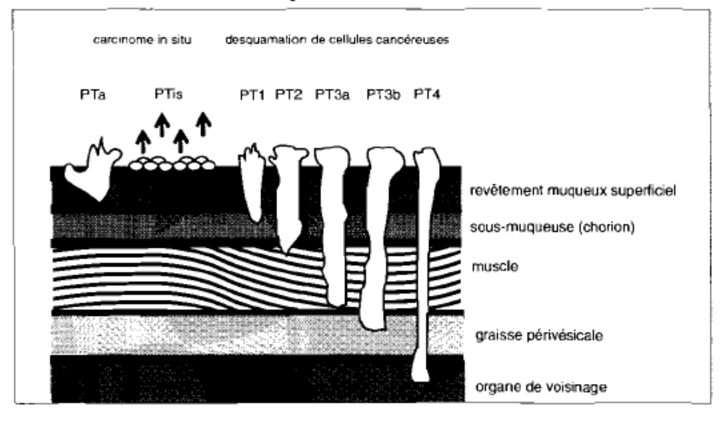
1.1. Classification des tumeurs épithéliales en fonction de leur degré de différenciation cellulaire

- ☞ Grade 0 : normal.
- ☞ Grade I : bien différencié.
- ☞ Grade II : moyennement différencié.
- ☞ Grade III : peu ou pas différencié.

1.2. Ancienne classification TNM de l'UICC (profondeur de pénétration)

- ☞ pTa : tumeur limitée à la muqueuse, ne franchissant pas la membrane basale.
- ☞ pTis : carcinome in situ.
- ☞ pT1 : tumeur infiltrant le chorion.
- ☞ pT2 : tumeur infiltrant le muscle superficiel.
- ☞ pT3a : tumeur infiltrant le muscle profond.
- ☞ pT3b : tumeur infiltrant le muscle et l'adventice.
- ☞ pT4 : extension extra-vésicale.

Figure 1 : Profondeur de pénétration dans la paroi vésicale



1.3. Correspondance entre les classifications TNM (ancienne) et JEWETT

- ☞ Stade 0 : pTis, pTa.
- ☞ Stade A : pT1.
- ☞ Stade B1 : pT2.
- ☞ Stade B2 : pT3a.
- ☞ Stade C : pT3b.
- ☞ Stade D : pT4.

1.4. Nouvelle classification TNM

☞ T : ne concerne que les carcinomes urothéliaux
- ✓ Tx : tumeur primitive ne pouvant être classée
- ✓ T0 : absence de tumeur primitive
- ✓ Ta : carcinome papillaire superficiel (respectant la membrane basale)
- ✓ Tis : carcinome in situ (plan, respectant la membrane basale)
- ✓ T1 : carcinome papillaire envahissant le chorion sous-muqueux
- ✓ T2 : carcinome envahissant le muscle
  - T2a : carcinome envahissant la partie superficielle du détrusor (moitié interne)
  - T2b : carcinome envahissant le muscle profond (moitié externe)
- ✓ T3 : carcinome envahissant le tissu péri-vésical (graisse)
  - T3a : envahissement microscopique
  - T3b : envahissement extra-vésical macroscopique
- ✓ T4 : carcinome envahissant une structure périvésicale
  - T4a : prostate, utérus ou vagin
  - T4b : paroi pelvienne ou abdominale

☞ N : ne concerne que les ganglions régionaux. La latéralité n'intervient pas.
- ✓ Nx : ganglions régionaux non évaluables
- ✓ N0 : absence de métastase ganglionnaire régionale
- ✓ N1 : ganglion unique inférieur ou égal à 2 cm

- ✓ N2 : ganglion unique de 2 à 5 cm, ou ganglions multiples tous < 5 cm
- ✓ N3 : ganglion(s) > 5 cm

☞ M :

- ✓ Mx : métastases à distance non évaluable
- ✓ M0 : absence de métastase à distance
- ✓ M1 : présence de métastases à distance

2. Cancer de la prostate

2.1. Classification de WHITMORE

Elle doit être abandonnée.

☞ Stade A : cancer microscopique

- ✓ A1 : adénocarcinome représentant moins de 5% du volume de la glande retirée
- ✓ A2 : adénocarcinome représentant plus de 5% du volume de la glande retirée ou bilatéral

☞ Stade B : nodule cliniquement intracapsulaire

- ✓ B1 : diamètre inférieur à 1,5 cm et unilatéral
- ✓ B2 : diamètre supérieur à 1,5 cm et/ou bilatéral

☞ Stade C : cancer régional ayant franchi la capsule

- ✓ C1 : effraction capsulaire minime, prostate mobile
- ✓ C2 : tumeur fixée

☞ Stade D :

- ✓ D1 : métastases ganglionnaires
- ✓ D2 : métastases osseuses ou viscérales

2.2. Correspondance entre les classifications de WHITMORE et TNM (ancienne)

☞ Stade A1 : T1a.

☞ Stade A2 : T1b.

☞ Stade B1 : T2a.

☞ Stade B2 : T2b.

☞ Stade C1 : T3.

☞ Stade C2 : T4.

☞ Stade D1 : N+.

☞ Stade D2 : M+.

2.3. Nouvelle classification TNM

☞ T : ne concerne que l'adénocarcinome

✓ Tx : tumeur primitive ne pouvant être classée

✓ T0 : absence de tumeur primitive

✓ T1 : tumeur non palpable et indétectable par imagerie
- T1a : tumeur présente sur 5% ou moins des copeaux de résection
- T1b : tumeur présente sur plus de 5% des copeaux de résection
- T1c : tumeur diagnostiquée par biopsie à l'aiguille (en raison d'une élévation des PSA)

✓ T2 : tumeur intraprostatique, palpable
- T2a : envahissement d'un lobe
- T2b : envahissement des deux lobes

✓ T3 : tumeur palpable avec franchissement capsulaire
- T3a : extension extra-capsulaire (uni- ou bilatérale)
- T3b : envahissement des vésicules séminales

✓ T4 : tumeur fixée aux structures adjacentes ou les envahissant (sauf vésicules)
- col vésical
- sphincter strié urétral
- rectum
- muscles releveurs
- paroi pelvienne

☞ N : ne concerne que les ganglions régionaux

✓ Nx : ganglions régionaux non évaluables

✓ N0 : absence de métastase ganglionnaire régionale

✓ N1 : métastases ganglionnaires régionales

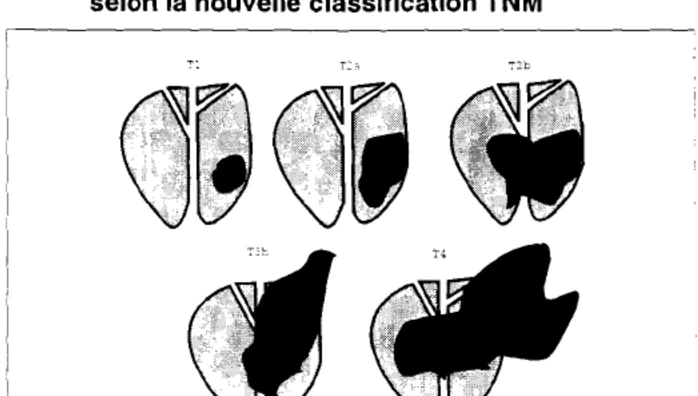
☞ M :

✓ Mx : métastases à distance non évaluables

✓ M0 : absence de métastase à distance

✓ M1 : métastases à distance
- M1a : métastases ganglionnaires non régionales
- M1b : métastases osseuses
- M1c : autres localisations métastatiques

Figure 3 : Cancer de la prostate : schématisation selon la nouvelle classification TNM



Tx : tumeur primitive ne pouvant être classée ; T0 : absence de tumeur primitive ; ***T1 : tumeur non palpable et indétectable par imagerie*** *; T1a : tumeur présente sur ≤ 5 % des copeaux de résection ; T1b : tumeur présente sur > 5 % des copeaux de résection ; T1c : tumeur diagnostiquée par biopsie à l'aiguille (en raison d'une élévation de PSA).* ***T2 : tumeur intraprostatique, palpable*** *; T2a : envahissement d'un lobe ; T2b : envahissement des 2 lobes.* ***T3 : tumeur palpable avec franchissement capsulaire*** *; T3a : extension extra-capsulaire (uni-ou bilatérale) ; T3b : envahissement des vésicules seminales.* ***T4 : tumeur fixée aux structures adjacentes ou les envahissant (sauf vésicules)*** *; col vésical, sphincter strié urétral, rectum, muscles releveurs, paroi pelvienne.*

3. Cancer du testicule

3.1. Classification de PECKAM du Marsden Hospital

- Stade I : tumeur limitée au testicule.
- Stade II : envahissement ganglionnaire sous-diaphragmatique
  - ✓ IIA : < 2 cm de diamètre
  - ✓ IIB : 2 à 5 cm de diamètre
  - ✓ IIC : > 5 cm de diamètre
- Stade III : atteinte sus-diaphragmatique.
- Stade IV : métastases viscérales.

3.2. Nouvelle classification TNM

La classification de la tumeur primitive est établie après orchidectomie. Elle est donc toujours pathologique ou Tx.

☞ pT : ne concerne que les tumeurs germinales
- ✓ pTx : tumeur primitive ne pouvant être classée
- ✓ pT0 : absence de tumeur primitive
- ✓ pTis : tumeur in situ (intra-tubulaire)
- ✓ pT1 : tumeur limitée au testicule et à l'épididyme, pouvant envahir l'albuginée, mais pas la vaginale. Absence d'envahissement vasculaire ou lymphatique
- ✓ pT2 : tumeur limitée au testicule et à l'épididyme, avec envahissement vasculaire ou lymphatique

ou

tumeur franchissant l'albuginée et envahissant la vaginale
- ✓ pT3 : tumeur envahissant le cordon spermatique (avec ou sans envahissement vasculaire ou lymphatique)
- ✓ pT4 : tumeur envahissant la paroi scrotale (avec ou sans envahissement vasculaire ou lymphatique)

☞ pN : ne concerne que les ganglions régionaux. La latéralité n'intervient pas.
- ✓ pNx : ganglions régionaux non évaluables
- ✓ pN0 : absence de métastase ganglionnaire régionale
- ✓ pN1 : moins de 5 ganglions mesurant au maximum 2 cm de diamètre
- ✓ pN2 :
  - ganglion unique de 2 à 5 cm
  - ou ganglions multiples tous inférieurs ou égaux à 5 cm
  - ou extension de la tumeur au niveau extra-ganglionnaire
- ✓ pN3 : ganglion(s) > 5 cm

☞ pM :
- ✓ pMx : métastases à distance non évaluables
- ✓ pM0 : absence de métastase à distance
- ✓ pM1 : présence de métastases à distance
  - pM1a : présence de métastases ganglionnaires non régionales ou de métastases pulmonaires
  - pM1b : autres localisations métastatiques

☞ S : marqueurs sériques
- ✓ Sx : dosages non effectués
- ✓ S0 : marqueurs dans la limite de la normale
- ✓ S1, S2, S3 : cf. tableau

	LDH		hCG (mUI/ml)		AFP (ng/ml)
S1	< 1,5* N	ET	< 5 000	ET	< 1 000
S2	1.5-5* N	OU	5 000-50 000	OU	1 000-10 000
S3	> 5* N	OU	> 50 000	OU	> 10 000

N.B. :
- *Cette classification ne concerne que les tumeurs testiculaires, pas les tumeurs épididymaires.*
- *Les ganglions inguinaux et pelviens ne sont considérés comme des ganglions régionaux qu'en présence d'un antécédent de chirurgie inguinale ou scrotale antérieur. Les ganglions régionaux sont rétropéritonéaux.*
- *Les marqueurs biologiques sont introduits dans la classification TNM (aFP, hCG, LDH). Ils correspondent à la valeur du nadir post-orchidectomie, en tenant compte de leur demi-vie (aFP : 7 jours; hCG : 3 jours).*

4. Cancer du rein de l'adulte

4.1. Classification de Robson (elle doit être abandonnée)

☞ Stade I : tumeur confinée au rein.

☞ Stade II : envahissement de la graisse péri-rénale, mais restant dans la loge rénale.

- Stade III :
  - ✓ IIIA : envahissement de la veine rénale ou VCI
  - ✓ IIIB : envahissement ganglionnaire
  - ✓ IIIC : envahissement vasculaire et lymphatique
- Stade IV :
  - ✓ IVA : atteinte des organes de voisinage autre que la surrénale
  - ✓ IVB : métastases à distance

4.2. Ancienne classification TNM

- T : tumeur
  - ✓ T0 : pas de tumeur primitive
  - ✓ T1 : < 2,5 cm, limitée au rein
  - ✓ T2 : > 2,5 cm, limitée au rein
  - ✓ T3a : envahissement de la surrénale et/ou de la graisse péri-rénale sans dépasser le fascia de Gerota
  - ✓ T3b : envahissement de la veine rénale et/ou de la veine cave inférieure sous-diaphragmatique
  - ✓ T3c : envahissement de la veine cave inférieure au dessus du diaphragme
  - ✓ T4 : atteinte des organes voisins ou de la paroi abdominale
- N : métastases ganglionnaires
  - ✓ Nx : envahissement ganglionnaire non déterminé
  - ✓ N0 : pas d'envahissement ganglionnaire
  - ✓ N1 : envahissement d'un ganglion régional inférieur ou égal à 2 cm dans son plus grand axe
  - ✓ N2 : envahissement d'un ganglion régional de plus de 2 cm, mais inférieur ou égal à 5 cm dans son plus grand axe ou envahissement de plusieurs ganglions inférieur ou égal à 5 cm dans leur plus grand axe
  - ✓ N3 : envahissement d'un ganglion régional de plus de 5 cm
- M : métastases à distance
  - ✓ Mx : métastase non déterminée
  - ✓ M0 : pas de métastase
  - ✓ M1 : une ou plusieurs métastases à distance

4.3. Nouvelle classification TNM

☞ T : ne concerne que les carcinomes rénaux (adéno-carcinomes)

✓ Tx : tumeur primitive ne pouvant être classée
✓ T0 : absence de tumeur primitive
✓ T1 : tumeur < 7 cm, limitée au rein
✓ T2 : tumeur > 7 cm, limitée au rein
✓ T3 : tumeur envahissant la surrénale, les gros vaisseaux ou envahissement régional sans franchissement du fascia de Gerota
  - T3a : invasion surrénale homolatérale de contiguïté ou de la loge rénale
  - T3b : invasion de la veine rénale ou de la veine cave inférieure sous-diaphragmatique
  - T3c : invasion de la veine cave inférieure sus-diaphragmatique

✓ T4 : tumeur dépassant le fascia de Gerota

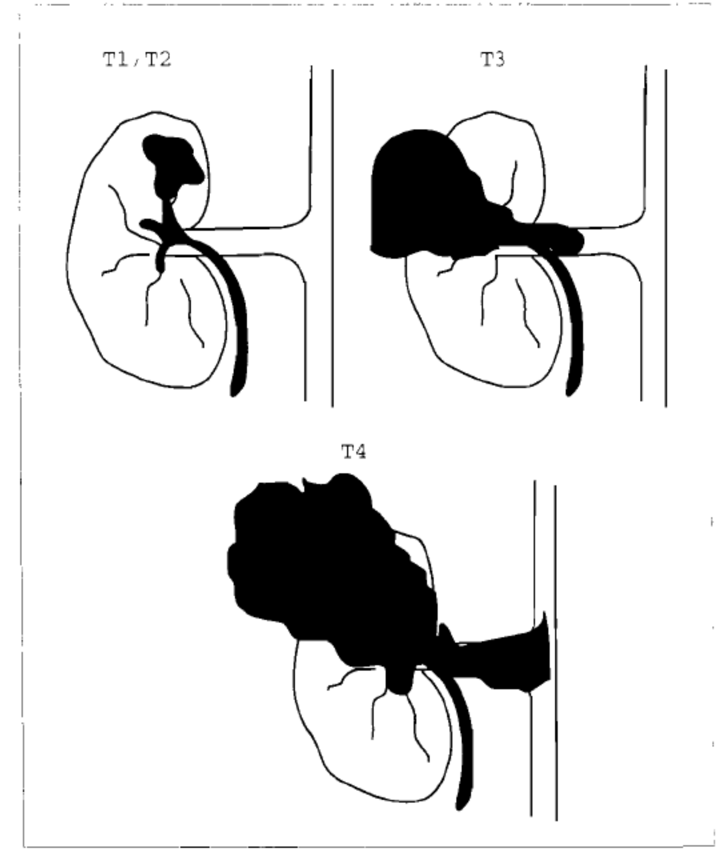
☞ N : ne concerne que les ganglions régionaux. La latéralité n'intervient pas.

✓ Nx : ganglions régionaux non évaluables
✓ N0 : absence de métastase ganglionnaire régionale
✓ N1 : 1 ganglion régional unique
✓ N2 : ganglions régionaux multiples

☞ M :

✓ Mx : métastases à distance non évaluable
✓ M0 : absence de métastase à distance
✓ M1 : présence de métastases à distance

Figure 5 : Cancer du rein : schématisation selon la nouvelle classification TNM



Tx : tumeur primitive ne pouvant être classée. T0 : absence de tumeur primitive. T1 : tumeur < 7 cm, limitée au rein. T2 : tumeur > 7 cm, limitée au rein. T3 : tumeur envahissant la surrénale, les gros vaisseaux ou envahissement régional sans franchissement du fascia de Gérota ; T3a : invasion surrénale homolatérale de contiguité ou de la loge rénale ; T3b : invasion de la veine rénale ou de la veine cave inférieure sous-diaphragmatique ; T3c : invasion de la veine cave sus-diaphragmatique. T4 : tumeur dépassant le fascia de Gérota.

NOTES PERSONNELLES

BIBLIOGRAPHIE

☞ Collection MEDLINE pour la préparation à l'internat.
☞ Collection Impact Internat.
☞ Collection Conférence Hippocrate, « Le concours médical ».
☞ THOMAS D., « Cardiologie »., Édition Ellipses
☞ DANCHIN N, CHERRIER F., « Diagnostic de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë. »; EMC (Paris-France), cœur et vaisseaux, 1988, 11030 p10, 7, 6 pages
☞ Laurent R. et ZUCTIAK M., « le mélanome malin cutané. », EMC (Paris-France), dermatologie, 1988, 12760-P10-7, 9 pages
☞ MIGNON M., « Gastro-entérologie. », Édition Ellipses
☞ LOMBARD-PLATET R., BARTH X., « Cancer du côlon. », Édition Techniques, EMC (Paris-France), Gastro-entérologie, 9-068-A-10, 11 pages
☞ PAILLER J.L., BRISSIAUD J.C., JANCOVICI R. et VICQ Ph., « Contusions et plaies de l'abdomen. », Éditions techniques, EMC (Paris-France), Estomac-Intestin, 9007-A10-5-1990, 20 pages.
☞ LATAPIE J.L. et LEFORT G., « Les goitres simples. », EMC (Paris-France), Glandes Endocrines, 10007-A10, 3-1989, 1 pages.
☞ MATTER R. et BELANGER, « endocrinologie. », Édition Doin.
☞ BLANC B et BOUBLI L., « Gynécologie. », Édition PRADEL, 2ème Édition.
☞ DEBORD T. et LAPEYRE E., « Tétanos. », EMC (Paris-France), Maladies infectieuses, 8-038-G10, Urgences 24-135-A-10-1995-6 pages
☞ BELEC L., « Thérapeutique pratique du SIDA. », Édition MEDLINE
☞ SERRATRICE G., AUTNET A., « Neurologie. », Édition Ellipses.

- Cohen D. et Chaine G., « Manifestations ophtalmiques de l'hypertension artérielle et de l'artériosclérose. », EMC (Paris-France), Ophtalmologie, 21-452-E10-10-1988-10 pages.
- Tran P. et Huy B., « ORL. », Édition Ellipses.
- David L., « Les rachitismes. », EMC (Paris-France), Pédiatrie, 4008-A10-2-1989-27 pages.
- Le Coet X. et Bruno M.C., « Spondylarthrite ankylosante. », Éditions Techniques, EMC (Paris-France), Appareil Locomoteur, 14-230-A-10, 12-1990, 16 pages.
- Ricbourg B., « Plaies de la face et de la cavité buccale. », Éditions Techniques, EMC (Paris-France), Stomatologie et ondotologie, 22-054-E-10, 1992, 12 pages
- Minaire P., Cherpin J., Weber D., « La classification des handicaps. », Éditions Techniques, EMC (Paris-France), kinésithérapie et Rééducation fonctionnelle, 26-006-A-10-1991-5 pages.
- Vives P., de Lestang M. et Hourlier H., « Fractures malléolaires de l'adulte. », EMC (Paris-France), Appareil locomoteur, 14088 E10, 5-1986, 8 pages.
- Lefevre C., Le Nen D., Cabrol E. et Beal D., « Fractures diaphysaires de l'adulte. », Éditions Techniques, EMC (Paris-France), Appareil locomoteur, 14-031-A-60,1993, 15 pages.
- Sedel L., « La chirurgie des nerfs périphériques. », EMC (Paris-France), Orthopédie, 44 075, 4-5-04.
- Lefevre C., Le Nen D., Riot O., Cabrol E., « Fractures épiphysaires de l'adulte. », Éditions Techniques, EMC (Paris-France), Appareil locomoteur, 14031 A50, 1992, 9 pages.
- Seringe R., « Ostéochondrite primitive de la hanche. », EMC (Paris-France), Appareil locomoteur, 14320 A10, 10-1988, 10 pages.

☞ THOREUX P., NORDIN J.Y., « Fractures fermées de jambe de l'adulte. », EMC (Elsevier, Paris) Appareil locomoteur, 14-086-A-10, 1995, 16 pages.

☞ KEMPF I., DAGRENAT D. et KARGER C., « Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. », Éditions techniques, EMC (Paris-France), Appareil locomoteur, 14-076-A-10, 1993, 28 p.

☞ BRACQ H. et CHAPUIS M., « Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. », EMC (Elsevier, Paris) Appareil locomoteur, 14-041-B10, 1996, 6 p

☞ LENOBLE E. et DUMONTIER C., « Fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras chez l'adulte. », EMC (Elsevier, Paris), Appareil locomoteur, 14-045-B-10, 1997, 14 p.

☞ LE NEN D., LEFEVRE C., RIOT O. et CABROL E., « Fractures : lésions associées. », Éditions techniques, EMC (Paris, France). 14031 A70, 1992, 7 p.

☞ POULIQUEN J.C., CEOLIN J.L., SCHNEIDER G., « Généralités sur les fractures de l'enfant. », Éditions techniques, EMC (Paris, France), 14031-B10, 12-1990, 13 p.

☞ CORMIER L., TRACKOEN G. et HUBERT J., « Traumatismes de l'urètre postérieur. », EMC (Elsevier, Paris), Néphrologie-Urologie, 18-340-A-10, 1996, 10 p.

☞ FAURE G., DECHELETTE E. et RAMBEAUD J.J., « Reflux vésico-urétéral. », EMC (Paris France), Rein, Organes génito-urinaires, 18069 F10, 7-1986, 16 p.

☞ OMAR A. et FOURCADE R.O., « Traumatismes fermés du rein et de l'uretère. », Éditions Techniques, EMC (Paris, France) Néphrologie-Urologie, 18-159-A-10, 1994, 8 p.

☞ GUILBAUD J. et PERROT J., « Brûlures. », EMC (Paris, France), Appareil locomoteur, 15001-A10, 10-1988, 24 p.

INDEX

E

F

G

H

I



J

K

L

M

N

O

P

R